7.

DU

CANCER CUTANÉ,

PAR

le Dr L. MICHON,

Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien au collége Louis-le-Grand,
Membre de la Société de chirurgie et de la Société anatomique.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1848

Digitized by the Internet Archive
in 2020 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b31869816

DU

CANCER CUTANÉ.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La peau est un des organes du corps humain dont la structure et l'organisation sont le plus compliquées; on peut dire même que la plupart des matériaux de l'organisme sont réunis pour la constituer. Ainsi, tissu cellulaire et tissu fibreux, pour former sa charpente, le derme; vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques très-abondants, pour servir à sa nutrition et aux sécrétions dont elle est le siége; nerfs nombreux, surtout en certains points, pour les fonctions sensoriales; enveloppe protectrice ~~spéciale~~, l'épiderme; enfin, tous ces éléments arrangés, modifiés, pour la constitution des papilles et des follicules: tels sont, dans leur ensemble, les éléments que nous trouvons dans la composition de cet organe.

Ces éléments nombreux attestent une grande vitalité, mais leur présence explique en même temps la participation facile de la peau à l'action de toutes les causes locales et générales qui peuvent influer d'une manière fâcheuse sur notre économie; elle

rend compte enfin, jusqu'à un certain point, de ces maladies multipliées qui ont tant exercé de nos jours la sagacité des observateurs.

Les maladies de la peau rentrent en général dans le domaine de la pathologie et de la clinique internes; quelques-unes cependant appartiennent nécessairement à la chirurgie, et les affections cancéreuses sont de ce nombre. Mais, parmi celles que l'usage a fait regarder comme plus spécialement médicales, il en est plusieurs qui peuvent avoir avec le cancer des rapports de ressemblance : de là résulte que des maladies cutanées, différentes les unes des autres, ont été confondues dans une même description, sous le nom de *noli me tangere*, et que l'on a éprouvé des difficultés pour séparer celles qui étaient réellement de nature cancéreuse et celles qui étaient d'une autre nature; de là résulte aussi que je pourrai être embarrassé, dans ce travail même, pour savoir si certaines altérations de la peau appartiennent ou n'appartiennent pas à la classe des cancers.

Avant d'aller plus loin, cherchons donc ce qu'il faut entendre par ce nom de *cancer cutané*. Je n'ai pas à rappeler les définitions du cancer en général données par les auteurs, et surtout les difficultés, les incertitudes, que laissent ces définitions; je dirai seulement que pour moi une affection cutanée est de nature cancéreuse, quand l'inspection à l'œil me permet d'y reconnaître l'existence de l'un des tissus morbides décrits comme formant le cancer, et quand en même temps ces affections ont pour ca-

ractères dominants la tendance à s'étendre, à détruire, à s'ulcérer, et à se reproduire après l'ablation. Je ne puis, en un mot, donner une idée du cancer de la peau qu'en présentant l'ensemble de ces caractères anatomiques et symptomatologiques; c'est dire à l'avance que l'anatomie pathologique, étudiée isolément, va nous offrir quelques points obscurs et embarrassants.

Anatomie pathologique. — Nous avons d'abord à signaler une chose positive et non contestable, c'est que les deux formes de cancer partout connues et admises peuvent se rencontrer dans la peau : je veux parler du squirrhe et de l'encéphaloïde.

1° Les *tumeurs squirrheuses* de la peau sont les plus fréquentes sans contredit, et, qu'on le remarque bien, je ne fais allusion ni aux cas assez communs dans lesquels la peau se prend consécutivement à l'apparition du squirrhe dans un tissu sous-jacent et par propagation; je m'occupe seulement du squirrhe se développant dans l'épaisseur de la peau et l'occupant isolément pendant un temps plus ou moins long. Or, je dis que les tumeurs squirrheuses ainsi comprises ont bien les caractères anatomiques du squirrhe développé dans les autres organes, c'est-à-dire consistance et dureté. La coupe en est d'un aspect blanc jaunâtre, lardacé; la pression permet d'en faire sortir un suc dont M. Cruveilhier a bien indiqué l'existence et la signification; enfin, elles sont peu ou point vasculaires.

Ces tumeurs, examinées au microscope, présentent les éléments suivants : 1° des fibres entrecroisées en grand nombre et en divers sens ; 2° des cellules dont la forme irrégulière est ronde, ovalaire ou elliptique, et dont le diamètre assez variable peut être de 175 millièmes à 0,25 millièmes de millimètre. Ces cellules ont un noyau assez volumineux, qui cependant ne dépasse guère 1 centième de millimètre, et le noyau est pourvu de deux ou trois nucléoles dont l'évidence n'est pas toujours parfaite. On trouve assez habituellement, dans ces tumeurs, des éléments microscopiques qui ne leur appartiennent pas exclusivement, par exemple, des globules sanguins, des globules de pus, des cellules épithéliales normales, etc. Sans doute, je pourrais entrer dans de plus longs détails sur ces caractères microscopiques, mais j'arriverais à des considérations qui se rattachent plutôt à l'étude du cancer et du squirrhe en général ; je renvoie donc pour complément aux ouvrages des micrographes. Je ferai seulement une dernière remarque, c'est que les cellules cancéreuses, celles du squirrhe en particulier, n'empruntent exclusivement leurs caractères ni à la forme, ni aux dimensions, ni à la présence des noyaux et des nucléoles ; leur valeur est au contraire dans leur défaut de régularité : ainsi, quand on examine un tissu normal, l'épiderme en particulier, les cellules se ressemblent assez les unes aux autres, et il n'est pas ordinaire que toutes celles qui sont placées sous le champ du microscope diffè-

rent beaucoup. Dans une coupe de squirrhe, au contraire, on voit à côté d'une grosse cellule une autre notablement plus petite; à côté d'une cellule arrondie, il s'en trouve une allongée; à côté de celle-ci, qui a des nucléoles, celle-là n'en présente pas. Deux choses frappent surtout dans l'examen des cellules cancéreuses comparées aux cellules des tissus normaux, c'est le volume relatif des noyaux et l'isolement de quelques-uns d'entre eux.

Le squirrhe de la peau a ceci de particulier qu'il est le plus souvent circonscrit, et forme des tumeurs peu volumineuses que l'on désigne sous le nom de *grains, boutons* ou *tubercules cancéreux;* n'oublions pas cependant aussi que le squirrhe peut être disséminé sur une grande surface et offrir alors l'aspect d'une plaque plus ou moins étendue; le squirrhe, en un mot, présente, dans ses formes, des différences que nous étudierons plus loin, mais qui n'entraînent point de changement appréciable dans sa nature.

Les tumeurs squirrheuses de la peau ont un autre caractère anatomique dont nous verrons l'importance à l'occasion de la symptomatologie, c'est qu'elles deviennent fréquemment le siége d'ulcérations. Je puis même dire à l'avance que le mal débute souvent par une solution de continuité, une égratinure; cette solution de continuité persiste, se change en ulcère; plus tard, la base s'indure et devient squirrheuse: c'est à cette forme de cancer cutané qu'on donne le nom d'*ulcère cancéreux*. Je répète que nous reviendrons plus loin sur ce point,

mais l'anatomie devait indiquer ces deux formes : tumeur squirrheuse et ulcère squirrheux de la peau.

2° Le *tissu encéphaloïde* se rencontre aussi dans la peau avec ses caractères habituels, c'est-à-dire sous forme de masses généralement molles, mais quelquefois dures au début, dont la coupe est bleuâtre et vasculaire.

Elles présentent au microscope : 1° des fibres beaucoup moins abondantes que celles du squirrhe; 2° des cellules dont la forme, les dimensions, les noyaux et les nucléoles, diffèrent peu de ce que nous avons indiqué pour la forme précédente. En lisant ce que les micrographes ont écrit sur ce sujet, on voit qu'en définitive la différence essentielle entre l'encéphaloïde et le squirrhe est bien plutôt dans la vascularisation plus ou moins abondante, l'absence ou la présence des fibres, que dans la structure microscopique des cellules cancéreuses.

L'encéphaloïde cutané est d'ailleurs beaucoup moins commun que le squirrhe, et le développement du premier est, plus souvent que celui du second, accompagné d'une formation semblable dans d'autres organes.

Quant au volume, les tumeurs formées par le tissu encéphaloïde deviennent en général plus grosses que les squirrheuses.

Enfin, on peut les trouver ulcérées; mais en général l'ulcération ne précède pas ou n'accompagne pas le développement du tissu morbide aussi souvent que cela a lieu pour le squirrhe.

3° La peau devient assez souvent le siége d'une autre altération que je dois indiquer ici : c'est la *mélanose*. On sait que ce produit morbide est formé par une substance noire, mollasse, souvent enkystée, en général peu ou point vasculaire, ayant peu de tendance à l'ulcération. Je ne veux point rappeler ici tout ce qu'on a écrit sur la mélanose et les divergences d'opinion qui existent sur sa nature entre Dupuytren et Laennec, d'un côté, et la plupart des auteurs modernes, d'un autre côté.

Nous admettrons avec ces derniers et plus particulièrement avec MM. Andral (*Traité d'anat. path.*), Bérard (art. *Cancer* du *Dictionn. de méd.*), Nélaton (*Élém. de pathol.*), et Lebert, que la mélanose, quand elle existe seule et sans mélange d'une autre production pathologique, est une altération particulière, qui ne constitue pas réellement un tissu comme le squirrhe et l'encéphaloïde. Mais, puisque, d'un autre côté, la mélanose se combine souvent avec ces derniers, et puisque ce mélange peut avoir lieu dans le cancer de la peau comme dans celui des autres organes, il nous fallait bien indiquer une variété anatomo-pathologique sous le nom de *cancer mélané*.

4° La substance colloïde peut-elle se développer isolément dans la peau? Je n'ai pu jusqu'ici en trouver d'exemple.

5° J'arrive maintenant à une variété de tumeurs cutanées qui, pour l'aspect et les caractères physiques, diffèrent à peine de quelques-unes des tumeurs précédentes et particulièrement du squirrhe, mais

dans lesquelles le microscope fait reconnaître une structure différente et surtout des cellules qui ne sont plus les cellules cancéreuses. Je veux parler de ces tumeurs que M. Mayor a décrites, dans sa thèse (1846), sous le nom de cancers épidermiques, et auxquelles M. Lebert, dans une communication faite récemment à l'Académie des sciences, a appliqué la dénomination déjà connue de cancroïdes. Müller, dans son travail sur les tumeurs (1838), avait appelé déjà l'attention sur ce point que certaines maladies, regardées par tous les chirurgiens comme cancéreuses, manquaient de ces cellules à gros noyaux et à nucléoles multiples qui appartiennent au cancer. Mais les deux auteurs que je viens de citer, MM. Lebert et Mayor, sont ceux qui ont le plus contribué à faire connaître cette variété microscopique ; plus récemment, M. Sédillot, dans une communication envoyée à l'Académie des sciences, a émis une opinion analogue sur l'existence de produits épidermiques ressemblant sous beaucoup de rapports au cancer.

Toutefois, pour que ce mot *épidermique* n'induise pas en erreur et ne soit l'occasion d'aucune confusion, rappelons qu'on l'a employé surtout pour indiquer un caractère microscopique, savoir l'existence de cellules en tout semblables à celles que présente normalement l'épiderme. Or, les tumeurs qui ont ce caractère microscopique sont de deux espèces. Les unes n'ont aucune ressemblance pathologique avec le cancer, elles ne s'ulcèrent pas comme lui, elles n'ont pas cette marche en-

vahissante, elles ne récidivent pas aussi fréquemment; elles sont remarquables enfin, pour me servir d'une expression déjà consacrée, par leur bénignité. Les autres, au contraire, ressemblent aux affections cancéreuses par leur malignité, c'est-à-dire qu'elles s'ulcèrent, s'étendent, détruisent, et surtout récidivent promptement. Aux premières appartiennent les verrues, les productions cornées, les végétations vénériennes, dont je ne dois évidemment pas m'occuper ici; les secondes, au contraire, sont celles sur lesquelles je vais appeler un instant l'attention.

Ces tumeurs épidermiques sont habituellement peu volumineuses, dures, et inégales comme celles qui forment le squirrhe. Leur surface est souvent ulcérée, et peut présenter alors un certain nombre de petites saillies allongées, filamenteuses, qui, à l'œil nu, ont l'apparence de papilles hypertrophiées. Étudiées au microscope, ces tumeurs ne présentent pas les caractères habituels du cancer; on y trouve bien des cellules, mais celles-ci sont en général plus petites, moins fournies de granules, et par conséquent plus claires; le noyau surtout est beaucoup moins volumineux que celui des cellules cancéreuses, et il est en général dépourvu de nucléole. Ces cellules sont uniformes, et présentent enfin l'aspect que Henle et la plupart des anatomistes modernes reconnaissent dans l'épiderme normal. Dans les tumeurs dont nous nous occupons, il semble donc que l'épiderme et ses cellules aient été formés en trop grande abondance. Le

microscope fait voir, en outre, dans les prolongements dont je parlais tout à l'heure, les caractères des papilles hypertrophiées. Il y aurait donc, ainsi que l'a établi M. Mayor dans sa thèse, deux variétés de cancer épidermique, l'une épidermique, simple, l'autre épidermique et papillaire tout à la fois.

Je puis avancer, sans hésitation, que tous les chirurgiens appellent chaque jour du nom de *cancer* des tumeurs formées par le squirrhe et l'encéphaloïde, avec leurs diverses formes, par la mélanose et par ces masses dites épidermiques ; il s'agit de savoir maintenant si ce langage doit être conservé, ou si je dois rayer de la classe des cancers quelques-unes des tumeurs précédemment indiquées.

L'examen de cette question est des plus intéressants et préoccupe les chirurgiens les plus distingués. Quand on prononce ce mot de *cancer,* il entraîne, en général, avec lui l'idée d'une maladie terrible qui récidive sur place et au loin, et amène au bout d'un temps plus ou moins long cette altération générale mortelle appelée *cachexie cancéreuse*. Or, un grand nombre de tumeurs de la peau, celles de la face en particulier, n'ont pas, comme nous le verrons bientôt, cette gravité, et tous les bons observateurs qui en ont fait la remarque conservent des doutes sur la nature véritablement cancéreuse dans plusieurs cas de cette espèce.

Mais, s'il est facile de comprendre que cette question a de l'intérêt au point de vue scientifique et

pratique, nous pouvons dire aussi que la solution en est des plus difficiles. Dans l'état actuel de la science, si nous consultons d'abord la microscopie, nous voyons que, d'après les travaux de MM. Vogel et Sédillot, les affections de nature cancéreuse auraient un élément spécial, la cellule cancéreuse, et que les tissus morbides, dépourvus de cet élement, seraient de nature différente. A ce titre, les dernières tumeurs que j'ai indiquées pourraient ne pas m'occuper. Mais pourtant je trouve entre les micrographes eux-mêmes des différences dont il faut tenir compte. M. Mandl, dont les idées sur ce sujet sont consignées dans la thèse de M. Gubetta (1847), n'éloigne pas une tumeur de la catégorie des cancers par cela seul qu'elle n'offre pas au microscope les cellules caractéristiques. M. Mandl pense que ce tissu morbide peut avoir, dans la première période de son évolution, des cellules semblables à celles dont l'épiderme est pourvu à l'état normal; seulement, au bout d'un temps plus ou moins long, une transformation, une sorte de liquéfaction arrive, par suite de laquelle des molécules graisseuses se déposent dans le noyau de la cellule et forment des nucléoles.

En conséquence, les tumeurs dites épithéliales, ou les cancroïdes, seraient le plus souvent de nature cancéreuse; mais le tissu n'aurait pas encore subi les transformations qui donnent à la cellule ses caractères spéciaux, et qui, en même temps, impriment à la maladie un caractère de gravité plus grande.

Une pareille divergence d'opinion entre des hommes également compétents est déjà faite pour nous imposer une grande réserve relativement aux conclusions à tirer sur la nature des produits généralement appelés cancers. D'ailleurs, tout en reconnaissant les résultats curieux fournis par l'application du microscope à l'étude du cancer, tout en prévoyant que ces résultats auront peut-être un jour beaucoup d'importance, nous devons reconnaître que ce mode d'investigation laisse encore trop à désirer pour servir de base à une classification anatomo-pathologique. Les différences entre les cellules normales et anormales ne sont pas faciles à saisir dans tous les cas, et, quand il s'agit de se décider sur la nature réelle d'une maladie par des caractères empruntés à des millièmes et dix-millièmes de millimètres de diamètre, il est prudent de ne se prononcer qu'après des études plus longues et plus nombreuses que celles qui ont été faites jusqu'à ce jour. D'ailleurs, enfin, comment pourrait-on démontrer, dans l'état actuel de la science, qu'un tissu, pour être cancéreux, doit nécessairement présenter des cellules spéciales?

D'un autre côté, d'ailleurs, le clinicien ne doit pas perdre de vue que les caractères empruntés à la marche, aux symptômes, aux indications thérapeutiques, entrent en première ligne dans la détermination de la nature des maladies. Or, ces tumeurs cancroïdes s'ulcèrent comme les tumeurs squirrheuses, se recouvrent de croûtes aussi bien qu'elles, n'offrent, dans les symptômes locaux et

les caractères physiques, rien qui les différencie d'une manière tranchée; enfin, elles récidivent et réclament le même traitement que le cancer. Je vois dans tout cela des raisons suffisantes pour les ranger dans la catégorie des cancers et les comprendre dans la description des squirrhes cutanés.

Seulement, j'avais besoin de faire ressortir, en commençant ce travail, qu'un bon nombre de tumeurs cutanées se faisaient remarquer par leur marche lente, leur existence isolée, leur peu de tendance à la généralisation du mal dans l'économie, le défaut d'envahissement des ganglions : ces tumeurs, pour les motifs indiqués tout à l'heure, sont des cancers; seulement, ils sont plus bénins et plus locaux que ne l'est habituellement l'affection cancéreuse, et peut-être ces cancers plus bénins sont-ils ceux dans lesquels la cellule microscopique se rapproche par les caractères de la cellule normale.

J'ai fait pressentir, par tout ce qui précède, que le cancer de la peau se présentait sous des formes assez nombreuses, et qu'il pouvait offrir dans ses symptômes, sa marche, ses indications, des différences assez importantes, suivant les régions dans lesquelles il se développe; en conséquence, pour être complet, je dois traiter successivement : 1° du squirrhe cutané en général et de ses formes; 2° de l'encéphaloïde cutané; 3° du cancer mélané de la peau. J'étudierai, dans chacun de ces chapitres, ce qui aura trait aux causes, aux symptômes, au diagnostic, etc.

Le traitement n'offrant pas, pour chaque variété, des différences importantes, j'en ferai l'histoire d'une manière générale; puis, je décrirai à part les cancers cutanés de la face et de quelques autres régions.

Je terminerai par quelques considérations sur la kéloïde et sur certaines tumeurs développées dans les cicatrices, affections qui touchent de près au cancer de la peau, mais sur la nature desquelles la science n'est pas encore parfaitement fixée.

SQUIRRHE DE LA PEAU.

La variété de cancer cutané la plus commune est celle qui est constituée par le tissu squirrheux, dont nous avons tout à l'heure indiqué les caractères anatomiques principaux; seulement ce tissu peut offrir des formes variables, dont chacune doit être indiquée séparément. Je rattacherai ces formes à deux chefs principaux : squirrhe non ulcéré, squirrhe ulcéré.

1° Squirrhe non ulcéré. — Au squirrhe appartient la forme décrite sous le nom de *cancer vulgaire;* elle est caractérisée par des tubercules ou boutons tantôt solitaires, tantôt multipliés : dans ce dernier cas, les tubercules peuvent être disséminés et séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins grands; d'autres fois, ils sont rapprochés, et forment alors des groupes plus ou moins larges, et dont l'aspect offre des nuances très-variables.

Le volume de ces tubercules squirrheux ne devient jamais très-considérable ; il varie depuis celui d'un grain de millet et d'un pois jusqu'à celui d'une olive; très-rarement ils égalent le volume d'une noix.

Le plus ordinairement, ils sont sessiles, à large base, et se confondent insensiblement avec les parties environnantes restées saines; d'autres fois, mais très-rarement, ils sont pédiculés. Je n'ai vu pour ma part aucun exemple de cette dernière forme ; je la signale comme possible, d'après M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*).

Les tubercules squirrheux se montrent sur tous les points du tégument externe, mais ils sont plus fréquents à la face que partout ailleurs.

Les tubercules sont à leur début sans changement de couleur à la peau, et ils peuvent rester ainsi pendant fort longtemps. Souvent ils prennent une teinte rouge plus ou moins intense ; cela arrive surtout au moment où l'inflammation ulcérative les envahit; mais il en est encore un grand nombre qui s'ulcèrent sans présenter cette coloration.

Souvent ils restent indolents pendant une longue période ; d'autres fois, ils sont dès le principe le siége d'un prurit, d'une démangeaison incommode, à laquelle succèdent des douleurs lancinantes. On peut regarder comme les plus rares les cas dans lesquels ces douleurs lancinantes existent dès le début.

La marche des tubercules squirrheux est ordinairement lente; on en voit qui restent des années

entières sans augmenter sensiblement de volume, d'autres ne font que des progrès très-peu sensibles et à peine aperçus par le malade.

L'affection, jusque-là, se présente sous forme d'une induration, d'une sorte de noyau hypertrophique de la peau, qui fait une saillie souvent très-légère à la surface et qui se reconnaît surtout à sa consistance; mais un moment arrive où le tubercule devient le siége de transformations qui en attestent la nature cancéreuse.

Tantôt l'épiderme est soulevé par de la sérosité, puis il se déchire et laisse à nu une surface excoriée; bientôt le liquide exhalé par cette surface se concrète, forme une croûte qui augmente d'épaisseur et qui tombe au bout d'un temps variable; d'autres fois, le prurit augmente, la tumeur se fendille à sa surface et laisse encore exhaler une sérosité qui se concrète et forme des croûtes; celles-ci recouvrent une solution de continuité plus ou moins creuse et profonde, que nous étudierons bientôt, en parlant du squirrhe ulcéré.

Jusque-là encore, le mal est tout à fait local, les ganglions correspondants ne s'engorgent pas, et la santé générale n'est point troublée. Nous verrons, en parlant du squirrhe ulcéré, que la cachexie cancéreuse peut arriver, et que cela a lieu en général au bout d'un temps éloigné du début de l'affection.

Mais si les tubercules cancéreux tendent en général à l'ulcération, ils peuvent se terminer autrement : ainsi, quelquefois ils restent indéfiniment stationnaires, et, dans des cas tout à fait exception-

nels, ils se gangrènent. M. Rayer cite un fait dans lequel la disparition de la tumeur eut lieu par ce mécanisme et fut suivie d'une cicatrisation régulière.

Une seconde variété du squirrhe de la peau est celle qui a été décrite par M. Velpeau, sous le nom de *transformation ligneuse,* et qu'il range lui-même dans la classe des cancers. Je laisse parler l'auteur.

« Je désigne sous le titre de *plaques ligneuses* du sein une variété de cancer qui, quoique fort commune, n'a cependant été indiquée que vaguement par les chirurgiens ; c'est la peau qui en est le siége de prédilection ; mais au début, comme à son plus haut degré de développement, elle peut s'établir aussi dans tous les autres éléments de la région. La maladie occupe tantôt un disque plus ou moins étendu et plus ou moins régulièrement circonscrit de l'enveloppe tégumentaire ; tantôt quelques points isolés, souvent assez éloignés les uns des autres, de cette membrane. Dans le premier cas, la peau est dure au toucher, un peu rugueuse, comme coriace, épaissie, et d'une teinte rougeâtre ou grise tout à fait anormale ; il semble qu'elle ait été tannée, que ce soit une portion de cuir ferme qui ait pris la place du tégument ordinaire. Dans le second cas, on retrouve les mêmes apparences, avec cette particularité que les plaques sont plus petites et comme disséminées ; très-souvent ces deux variétés de la maladie se combinent chez la même femme. J'ai vu des malades qui en avaient le sein complétement couvert et chez lesquelles la transformation s'étendait jusque dans le creux de l'aiselle d'un côté,

vers la clavicule au devant du sternum de l'autre. J'en ai vu aussi qui, outre les plaques principales, avaient encore le devant de la poitrine criblé d'une infinité de petites plaques particulières. Tantôt ces plaques font un léger relief à la surface de la peau; tantôt elles paraissent au contraire proéminer un peu du côté de la couche sous-cutanée. Assez souvent aussi elles ont une teinte légèrement cuivrée qui ferait aisément naître l'idée d'une affection syphilitique, si le toucher ne venait pas montrer leur consistance ligneuse, et tous leurs autres caractères physiques indiqués plus haut.

« Quand on coupe ces plaques, il est aisé de voir que la peau en est le siége exclusif, et qu'elle a acquis, en dégénérant, une densité comparable au cuir des grands animaux ou à la couenne du porc. C'est une transformation ou une dégénérescence toute particulière qu'il m'a paru d'autant plus essentiel d'indiquer à part, qu'elle repullule avec une extrême opiniâtreté, et qu'il est à peu près inutile de la traiter par les moyens chirurgicaux.

« D'autres fois, la dégénérescence ligneuse du sein se montre sous forme de *masses* ou de tumeurs généralement d'un petit volume. On sent alors des sortes de grains ou de petites boules mobiles dans la peau ou sous la peau. »

Je m'arrête ici, car ces tubercules, qui constituent la seconde variété du cancer ligneux de M. Velpeau, appartiennent à la forme que j'ai précédemment décrite; ils se font remarquer seulement par une consistance beaucoup plus grande.

Une troisième forme du squirrhe est celle qu'on a décrite sous le nom de *mollusciforme*. Il est caractérisé par des tubercules plats et légèrement bombés, indolents, sans changement de couleur, dont les dimensions peuvent aller jusqu'à celles d'une pièce de 5 francs; leur surface offre des rides ou sillons, tantôt régulièrement circulaires et concentriques, tantôt irrégulièrement disposées.

Le squirrhe de la peau, quelle qu'en soit la forme, n'a pas de causes plus spéciales que le cancer envisagé en général. C'est-à-dire que nous ne pouvons trouver dans les choses extérieures aucune circonstance qui nous en explique positivement l'origine. Peut-être faut-il excepter cependant certains cas dans lesquels le squirrhe paraît avoir succédé à une violence extérieure; mais ces cas sont tellement rares, et il est si difficile le plus souvent de bien établir la relation de cause à effet entre la violence et la formation du cancer, qu'il doit toujours rester des doutes sur cette origine de la maladie.

Nous dirons donc que le squirrhe de la peau, comme celui des autres organes, reconnaît pour cause une disposition particulière des sujets, un état occulte inappréciable de la constitution.

Mais si la cause réelle du cancer squirrheux de la peau nous échappe, nous pouvons saisir cependant certaines circonstances qui favorisent sa production. En première ligne, il faut placer ici l'existence d'un cancer dans un organe profond, combien de fois n'arrive-t-il pas, par exemple, de

voir les tubercules cancéreux cutanés se montrer chez les femmes qui ont depuis longtemps un cancer de la mamelle ? N'est-ce pas encore en pareille circonstance que se développent quelquefois les plaques ligneuses cutanées ? Dans ces cas, la prédisposition du sujet s'est manifestée déjà par une altération plus profonde ; elle se manifeste ensuite par une altération à la peau.

Sous le rapport de l'origine, il est même nécessaire d'établir la distinction de squirrhes cutanés en primitifs, consécutifs et concomitants. Les premiers n'ont point été précédés d'un autre cancer, tels sont les tubercules ou boutons que nous voyons se développer à la face. Les seconds ont été précédés d'un cancer soit dans la région que recouvre la peau malade, soit dans une région plus éloignée ; tels sont les tubercules, les grains dont j'ai dit que l'on voyait souvent des exemples à la mamelle, et que l'on peut observer d'ailleurs sur tous les autres points du tégument externe. Enfin, les squirrhes concomitants sont ceux qui se montrent dans la peau en même temps que dans d'autres organes.

Le squirrhe présente encore à signaler, sous le point de vue de l'étiologie, une différence suivant que la peau envahie était primitivement saine ou malade ; le premier cas est le plus ordinaire ; cependant on voit quelquefois les tubercules squirrheux apparaître sur d'anciennes taches de naissance, d'anciens nævi et sur des verrues.

J'ai laissé entendre jusqu'à présent que le squir-

rhe de la peau ne se montrait guère sous l'influence d'une cause extérieure; nous verrons bientôt que les écorchures, les irritations de certains boutons par un contact souvent répété, paraissent contribuer pour quelque chose à leur développement; mais ceci doit être signalé plutôt pour le squirrhe ulcéré que pour le squirrhe non ulcéré.

Les squirrhes ont dans leur étiologie ceci d'important, c'est qu'ils arrivent fort rarement chez les jeunes sujets, et qu'on les observe plutôt vers la fin de l'âge adulte et chez les vieillards. Ce point a, comme nous le verrons, un certain intérêt pour le diagnostic.

Cette maladie est-elle plus fréquente chez les fummes que chez les hommes? je serais assez disposé à le penser. D'après les tables dressées par M. Tanchou (*Recherches sur le cancer en France*) et par M. Farr en Angleterre (*Journal de chirurgie*, t. 1), le cancer est, d'une manière générale, beaucoup plus commun chez la femme que chez l'homme. Les statistiques de ces deux auteurs ne disent pas si cette différence s'applique aussi bien au cancer cutané qu'à tous les autres; mais la chose est probable, puisque le cancer cutané est assez souvent consécutif à celui qui se développe autre part.

D'ailleurs, cette question se rattache à une autre fort difficile à résoudre; c'est celle qui a trait au degré de fréquence du cancer primitif de la peau, comparé au cancer primitif des autres organes. Je vois bien que M. Tanchou a établi dans sa statis-

tique que, sur 9,000 cancers, 227 occupaient les téguments; mais comme l'auteur n'a pas dit et n'a probablement pas pu savoir si ces cancers des téguments étaient primitifs ou consécutifs et que personne n'a présenté de travaux semblables, je ne puis évidemment répondre à cette question; d'ailleurs, les chiffres de M. Tanchou s'appliquent à toutes les variétés de cancer, et non pas seulement au squirrhe.

Diagnostic. — Il est rare que le squirrhe de la peau non encore ulcéré soit difficile à reconnaître; sa dureté, la consistance, la circonscription exacte des grains ou boutons que présente la forme tuberculeuse, sont des caractères assez saillants et faciles à saisir. Au reste, quand les tubercules sont multiples, quand ils sont en même temps consécutifs, ces deux circonstances, jointes à la coïncidence des ulcérations en certains points, aident singulièrement le diagnostic.

Il ne peut y avoir de difficultés que pour des tubercules multiples, primitifs, ou du moins paraissant tels, et pour les tubercules solitaires. Les tubercules squirrheux primitifs pourraient être confondus avec ceux du lupus ou avec ceux de la syphilis constitutionnelle. Mais les tubercules du lupus sont moins durs; ils se montrent chez des sujets jeunes, à constitution scrofuleuse; ils s'ulcèrent de très-bonne heure, et l'ulcération présente des caractères que nous indiquerons bientôt. Ils sont accompagnés d'une rougeur qui s'étend et se dissémine au loin; au contraire, les tubercules squir-

rheux sont plus durs, et ne se montrent guère avant l'âge adulte, peuvent exister plus longtemps sans excoriation, ni ulcération; enfin, la peau est sans changement de couleur, ou si elle devient rouge, cette coloration se trouve au niveau du tubercule même, et ne va pas au delà; les tubercules squirrheux, enfin, ne donnent lieu à une rougeur étendue que s'ils sont très-rapprochés les uns des autres, et dans ce cas encore on trouve habituellement, à la périphérie de la surface malade, un certain nombre de tubercules isolés et dont la rougeur est bien circonscrite. Les tubercules cutanés syphilitiques sont en général plus mous, ils n'occasionnent pas les démangeaisons, le prurit, les élancements que peut amener le squirrhe. Ils présentent à la surface des squames blanches, superficielles; enfin, le diagnostic est aidé par la coïncidence antérieure bien constatée d'autres accidents syphilitiques.

Quand le tubercule squirrheux est unique ainsi qu'on le voit souvent à la face, il faut bien convenir que ses caractères physiques seuls pourraient induire en erreur; mais cet isolement même devient un moyen de diagnostic; car il n'a guère lieu pour les deux autres affections que je viens de mentionner. Dans ce cas seulement la petite tumeur peut être prise pour une verrue, mais celle-ci n'est point le siége de démangeaisons ni d'élancements; elle n'offre point de ces ulcérations persistantes et rebelles qui suivent les boutons cancéreux. On voit qu'en définitive il doit rester quelques difficultés

pour se prononcer entre une verrue et un squirrhe, encore indolent et non ulcéré. Mais enfin le diagnostic exact n'a pas alors une grande importance, d'ailleurs la marche de la maladie lèvera ultérieurement tous les doutes.

Nous verrons plus loin qu'à la face certains kystes sébacés peuvent encore être confondus avec des tumeurs squirrheuses.

Pronostic. — En principe, une affection cancéreuse est toujours grave, et cela pour deux raisons: d'abord parce qu'elle est la traduction d'un mal qui a de la tendance à se généraliser, et ensuite parce qu'elle produit des ravages locaux, des désordres, des difformités. A ce titre, le squirrhe cutané consécutif ou concomitant est le plus fâcheux, puisqu'il indique cette généralisation qui ne concorde guère avec l'exercice régulier des fonctions importantes.

Parmi les formes que nous avons indiquées, celle du squirrhe ligneux est plus mauvaise parce qu'elle est habituellement concomitante et au-dessus des ressources de l'art. La forme tuberculeuse est moins grave, surtout quand les tubercules sont isolés, ou peu nombreux. L'expérience a montré, en effet, qu'en pareil cas, le mal pouvait rester limité à la peau pendant fort longtemps; il récidive souvent, mais sur place, et rarement au loin.

2° Squirrhe ulcéré. — L'ulcération du squirrhe cutané a lieu spontanément, ou par suite d'une violence extérieure, comme un coup, une chute, un froissement. Le plus souvent, c'est parce que le

malade y porte les doigts et le déchire : dans ce cas, c'est à une époque plus ou moins rapprochée de l'apparition du squirrhe que l'ulcération se produit, et c'est principalement aussi lorsqu'il n'y a qu'une tumeur isolée ou un bouton.

Dans le premier cas, lorsque la période d'ulcération approche, quelques changements se font voir dans la tumeur : elle devient plus inégale, plus raboteuse, elle se ramollit par places, elle rougit ou prend une teinte foncée ; des douleurs plus vives s'y font sentir, il se fait à la surface un grand nombre de petites crevasses qui, en se réunissant, forment l'ulcère.

L'ulcération du squirrhe est en général irrégulière, d'un rouge terne, quelquefois brune ou jaunâtre, lisse, et plus souvent granuleuse. Ses bords, durs, renversés, font un relief sur la peau des environs, laquelle reste presque toujours normale, ou bien présente un peu d'épaississement et est parsemée d'autres tumeurs squirrheuses encore à l'état de crudité, ou bien, lorsque l'ulcère est très-animé, participe à cet état, et présente une teinte rouge variable. La base de l'ulcération est en général dure, en sorte que toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané prennent part à la maladie. Quelquefois cet ulcère est sec ; souvent aussi il se recouvre de croûtes épaisses, jaunâtres, purulentes et sanguinolentes, qui, spontanément, ou parce que les malades les arrachent, tombent pour se reproduire incessamment. Ces croûtes, au lieu de se détacher, restent quelquefois

adhérentes à l'ulcération pendant un temps fort long; elles peuvent avoir une dimension considérable et une forme conique qui les a fait prendre, ainsi que je le dirai plus tard, pour des productions cornées.

Il n'est pas rare de voir l'ulcération squirrheuse commencer par une excoriation très-superficielle, qui se couvre d'écailles et de croûtes minces et sèches, à la chute desquelles on voit la surface fendillée et dépourvue, dans quelques points, de son épiderme. Dans cette variété, la tumeur squirrheuse est moins volumineuse, sa base est moins dure, et l'on peut trouver la peau non adhérente aux tissus sous-jacents; c'est presque exclusivement sur les parties habituellement découvertes que cette forme se rencontre, et surtout à la face, où elle constitue une des variétés du *noli me tangere*, ou ulcère chancreux.

On ne trouve quelquefois pour point de départ qu'une écorchure accidentelle, que le malade a entretenue par des attouchements répétés ou par une excitation quelconque. A part quelques régions où cette origine peut être admise, comme à la peau des lèvres, par exemple, il est probable que, dans le plus grand nombre des cas, les malades n'ont pas remarqué la lésion primitive ou qu'ils n'en ont pas tenu compte, ne réclamant des soins que quand l'ulcère était déjà produit.

Mais, de quelque manière que l'ulcération se soit produite, elle ne présente pas moins au bout d'un certain temps la même apparence, et il peut être diffi-

cile de dire quel a été son mode de développement.

Tant que le squirrhe n'a pas été ulcéré, il n'a guère produit que de la gêne, de la démangeaison ou des douleurs comparées à des coups d'aiguille ; de même aussi qu'en général il n'a pas agi sur les ganglions lymphatiques voisins. Mais il n'en est plus de même quand l'ulcère a lieu, et bientôt, le mal augmentant en largeur et en profondeur, les tissus sous-jacents participent à la dégénérescence, de véritables douleurs lancinantes se font sentir, les ganglions s'engorgent, la partie centrale de l'ulcère se creuse, ou bien, au contraire, des champignons s'y forment, et, à part certaines régions où l'ulcère reste très-longtemps, si ce n'est même toujours, superficiel, il finit par se produire, dans les parties sur lesquelles il repose, des désordres épouvantables, et la cachexie commence.

Le diagnostic du squirrhe ulcéré n'est pas le même dans toutes les espèces et à toutes leurs périodes. Il pourrait être pris pour un lupus ulcéré (dartre rongeante), ou pour une syphilide tuberculeuse, également à l'état d'ulcération ; mais, ainsi que je l'ai dit pour le squirrhe non ulcéré, le lupus est une maladie de la jeunesse, tandis que le cancer squirrheux de la peau est plus fréquent chez les gens d'un certain âge. Le tubercule cancéreux ulcéré est souvent unique, et dans la dartre rongeante il y en a un certain nombre. Le début de ces tubercules a été indolent, et si dans le squirrhe cru on rencontre quelquefois ce caractère, il faut avouer que le plus souvent il est déjà le siége de douleurs.

Mais le caractère distinctif le plus saillant, c'est que le squirrhe ulcéré s'étend en profondeur, attaquant les tissus sous-cutanés, qu'il se creuse ou se recouvre de chairs de mauvaise nature; tandis que la dartre rongeante n'exerce ses ravages qu'en superficie et en se bornant à la peau, sur laquelle elle se perd sans délimitation bien nette. Les tubercules ulcérés de la syphilis peuvent ne pas être plus volumineux que ceux du squirrhe, ils sont rouges aussi, mais d'une nuance particulière dite cuivrée; l'ulcération est grisâtre, à bords assez nettement découpés. D'ailleurs, comme un tubercule syphilitique n'est presque jamais seul, qu'il en existe d'autres, ou une éruption spéciale simultanée, papuleuse ou pustuleuse, sur d'autres parties de la peau, on aura là de grands éléments de diagnostic.

Le début de la variété d'ulcère cancéreux qui commence par une excoriation superficielle avec formation de croûtes, pourrait au premier abord en imposer pour une affection herpétique simple, principalement pour un impetigo (dartre crustacée d'Alibert), si cette dernière affection n'occupait pas ordinairement une grande étendue, si elle n'était pas le siége de démangeaisons, et si à la chute de la croûte on ne retrouvait pas la pustule bien différente de l'excoriation cancéreuse.

Il est une variété d'ulcère cancéreux bien distincte des précédentes sous le rapport du début et de la marche, c'est la variété dans laquelle des irritations chroniques entretenues sur un point de la peau l'ont fait dégénérer en cancer. Ainsi, on a

rapporté des observations où des ulcères cutanés simples sont devenus cancéreux. C'est à cette espèce d'ulcère que Richerand donnait le nom de *carcinomateux,* différant, dit-il, de l'ulcère cancéreux en ce que, dans le premier, l'ulcération précède la dégénérescence cancéreuse des tissus sous-jacents et environnants; tandis qu'au contraire, dans l'ulcère cancéreux l'ulcération succède à l'affection cancéreuse. Dans le premier cas, elle est primitive; dans le second, elle n'est que consécutive.

Je puis donner un exemple récent de cette transformation cancéreuse; je tiens l'observation de M. Gosselin.

OBSERVATION.

Au mois de novembre 1847, il est entré à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de cinquante ans, qui portait à la jambe gauche un ulcère datant de 1815, et consécutif à un coup de feu reçu à cette époque. Depuis quelques mois, l'ulcère était devenu douloureux; il avait pris de l'accroissement; la peau des parties environnantes avait acquis une grande dureté. Le malade réclamait instamment l'amputation du membre; M. Roux la lui pratiqua. Examinée au microscope, la surface de l'ulcère, ainsi que la peau des environs, présentait des cellules cancéreuses incontestables.

Des exutoires placés sur la peau saine sont devenus cancéreux; plusieurs auteurs en parlent.

M. Récamier en cite un exemple pour un cautère à la face, et le professeur Marjolin en rapporte plusieurs cas dans ses leçons. Trois fois cette transformation a été observée au bras, deux fois chez des personnes du monde, et une troisième fois sur un homme de la campagne, chez lequel la maladie avait fait de tels progrès que l'aisselle était envahie; il fut impossible de pratiquer l'amputation. Le quatrième cas a été vu chez un littérateur qui portait un cautère à la partie supérieure de la jambe. L'amputation ne put être faite, et le patient succomba. Parmi les autres malades, les uns ont succombé comme celui-ci; les autres ont été guéris par l'application de puissants caustiques, et entre autres du caustique de M. Velpeau.

Le pronostic de l'ulcération squirrheuse est grave sans doute; mais il l'est beaucoup moins si on le compare à l'encéphaloïde ulcéré, puisqu'alors il est rare que la maladie soit bornée à un tissu unique, tandis qu'ici la peau seule peut être altérée.

Reconnue au début, elle est encore moins grave, les moyens curatifs pouvant en triompher. Enfin ses différentes formes ne présentent pas un égal danger, la peau étant moins profondément prise lorsque l'ulcération commence par une excoriation croûteuse ou par un bouton sans beaucoup d'adhérences de la peau.

Le pronostic doit nécessairement varier aussi suivant la région qu'occupe l'ulcération et l'importance des organes sur lesquels ou auprès desquels elle siége.

Je dois mentionner, à l'occasion de l'ulcération squirrheuse, certains ulcères de la plante du pied dont le fond est grisâtre, dont la base et les bords sont très-durs. Ces ulcères longs et extrêmement rebelles sont peut-être de nature cancéreuse et comparables à l'ulcère chancreux, mais ils sont trop rares et n'ont pas été assez étudiés pour que nous puissions lever tous les doutes à cet égard.

Il est une maladie très-rare de la peau, constituée par des productions cornées, que l'on attribue à une sécrétion des follicules. Leur développement est très-lent, et pourtant elles finissent par acquérir une dimension de plusieurs pouces, sans que leur base s'étende en profondeur au delà du derme.

Ces productions, dont le nombre peut varier sur le même individu, tombent quelquefois seules, ou bien elles sont arrachées par suite d'une violence extérieure; quand, après leur chute, elles reparaissent, c'est sur place que se fait la reproduction. Quelques auteurs ont avancé que le cancer cutané pouvait se développer sur le lieu d'implantation de ces cornes, et qu'on le constatait lors de leur chute. Ainsi, on lit dans l'ouvrage de M. Rouzet (*Recherches sur le cancer,* 1818) que Dumonceau observa des ulcères cancéreux à la partie interne des cuisses d'une femme âgée de soixante-neuf ans, qui avait vu, trois ans auparavant, tomber de ce même point deux cornes longues, l'une de trois travers de doigt, et l'autre de deux. Le même auteur dit aussi avoir vu une semblable production

donner lieu par sa chute à une ulcération cancéreuse de la cuisse d'une demoiselle.

Sans nier positivement que telle ne peut pas être quelquefois l'origine de quelques ulcères cancéreux, je crois pouvoir avancer que dans le plus grand nombre des cas, on a été induit en erreur par la nature de ces productions cornées, et que le plus souvent, au lieu d'être la conséquence de leur chute, l'ulcère cancéreux en a été au contraire l'origine. Je n'ai par devers moi aucune observation dans laquelle l'analyse chimique ou microscopique de ces prétendues cornes ait été faite ; mais je suis porté à penser que ces produits de nouvelle formation étaient constitués par l'exsudation purulente, quelquefois très-abondante, qui se forme, comme je l'ai indiqué, à la surface du squirrhe ulcéré, et qui peut prendre des dimensions très-grandes. Ne voit-on pas quelquefois des pustules d'ecthyma simple donner lieu, par la dessiccation du pus qu'elles renferment, à des croûtes arrondies et coniques qui peuvent acquérir une hauteur de plusieurs centimètres; et les croûtes du rupia, qui ressemblent si bien à l'écaille de la patelle ou à celle de l'huître, ne sont-elles pas la preuve que de pareilles productions peuvent exister pendant un temps fort long sur des ulcérations, tout en paraissant adhérer à la peau d'une manière solide ?

L'opinion à laquelle je me range était celle de Delpech, et il cite une observation qui paraît concluante. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, imprimeur, d'une constitution grêle et sèche, d'un

tempérament bilieux, qui portait depuis plusieurs années sur le côté externe du pied gauche, à un pouce au-dessous de la malléole, une protubérance sèche, grise, anfractueuse, ayant la forme d'un cône. Cette espèce d'excroissance jouissait d'une grande mobilité et était complétement indolente.

La maladie débuta par un bouton médiocre et brunâtre, mais peu consistant; un petit durillon, sous forme de croûte, avait recouvert le sommet de ce bouton, et, en s'accroissant peu à peu, il avait acquis le volume d'un cône de 3 pouces d'élévation sur 15 à 16 lignes de base.

A la suite d'une contusion de la peau de la partie externe du pied, cette excroissance se détacha : on découvrit alors un cône celluleux ulcéré, d'un rouge pâle, s'élevant d'environ un demi-pouce au-dessus du niveau de la peau. La surface de ce cône était humectée d'un mucus rare, blanchâtre, facile à se dessécher par le contact de l'air : aussi il ne tarda pas à acquérir une consistance semblable à celle de l'espèce de gaîne dont il avait été si longtemps enveloppé.

Des recherches convenables démontrèrent que telle était, en effet, l'origine de la prétendue corne, et les événements ultérieurs ne permirent pas de douter que la tumeur ulcérée ne fût réellement cancéreuse.

Je pourrais citer plusieurs autres faits semblables, et rapporter l'observation d'une malade, couchée actuellement encore à la Salpêtrière, qui por-

tait, depuis plusieurs années, une production croûteuse et comme cornée à la face interne de la cuisse, dont elle avait suivi attentivement la marche, et qui s'était développée sur une surface ulcérée. A sa chute, on ne douta pas que l'ulcération ne fût cancéreuse, et le caustique y fut appliqué.

Ne pourrait-il pas se faire qu'une ulcération, simple d'abord, et donnant lieu à une sécrétion assez abondante pour déterminer des croûtes volumineuses, n'ait dégénéré plus tard en cancer, ainsi que nous l'avons vu pour d'autres ulcérations?

CANCER ENCÉPHALOIDE CUTANÉ.

Le cancer encéphaloïde de la peau, beaucoup plus rare que celui dont il vient d'être question, se présente sous des formes qu'on peut rapporter à deux types principaux :

1° Tumeurs encéphaloïdes globulées,

2° Encéphaloïdes développés dans des nævi.

Les encéphaloïdes globuleux se présentent dans la peau sous forme de noyaux arrondis, d'un volume plus ou moins considérable, durs, élastiques, sans changement de couleur à la peau dans le principe; ils deviennent ultérieurement le siége d'une espèce de fluctuation obscure, quand ils passent de l'état de crudité à celui de ramollissement; ils peuvent du reste apparaître d'emblée avec les caractères de la tumeur ramollie.

Le docteur L. Byron rapporte (*Dublin medical journal of medical science*, t. 24) qu'une tumeur de

la grosseur d'une noisette se développa, chez un enfant de quatre ans, reposant sur l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire, et divisée en deux lobes.

Au dire de la mère, elle n'avait commencé que cinq semaines auparavant, sous la forme d'un petit tubercule, dur, gros comme un pois, adhérant aux parties sous-jacentes. On fit l'ablation de cette tumeur; la cicatrisation ne se fit que d'une manière incomplète, et la plaie devint le siége d'une tumeur fongueuse qui s'étendit rapidement et détermina la mort du malade. On constata à l'autopsie les caractères du cancer encéphaloïde.

Les cas de ce genre sont extrêmement rares, et les observations établissent que les noyaux encéphaloïdes de la peau, au lieu d'être bornés à cette enveloppe, sont ordinairement développés en même temps que d'autres tubercules dans des tissus plus profonds et dans les organes intérieurs. L'apparition des tubercules encéphaloïdes à la peau n'est donc alors que la manifestation d'une infection générale qui conduit promptement à la mort.

Il est rare encore, dans cette circonstance, que l'évolution des tumeurs encéphaloïdes cutanées parcoure toutes ses phases pour arriver à l'ulcération. Cette terminaison serait pourtant inévitable, si la maladie n'avait, par sa diffusion et sa présence dans toute l'économie, épuisé rapidement les sources de la vie et conduit le malade à la consomption.

Cette ulcération, sur les caractères de laquelle

je reviendrai dans un instant, est en effet la terminaison habituelle des tumeurs encéphaloïdes primitives de la peau, quand ces tumeurs sont abandonnées à elles-mêmes et que la maladie n'a pas envahi en même temps des organes essentiels à la vie.

Quelques faits particuliers rendront plus évidente la démonstration des propositions que je viens d'émettre.

OBSERVATION.

Un enfant nouveau-né, bien conformé et issu de parents sains et sans antécédents cancéreux, allaité par une nourrice saine, présenta, vers l'âge d'un mois, plusieurs tumeurs du volume d'un petit pois, ayant leur siége, quelques-unes en petit nombre, dans l'épaisseur même de la peau; la plus grande quantité, dans la couche celluleuse sous-jacente; elles occupaient les membres inférieurs et le tronc. La santé de l'enfant n'en parut pas d'abord sensiblement altérée, mais chaque jour on vit s'accroître le nombre et le volume de ces nodosités, de sorte qu'il eût été difficile de trouver un point du corps qui ne fût le siége de quelques-unes. Bientôt la coloration de la peau changea sur les plus superficielles, une auréole livide ecchymotique en entoura plusieurs. J'eus occasion de voir deux ou trois fois l'enfant pendant le cours de la maladie; il fut examiné et soigné par bon nombre des plus habiles praticiens de la capitale, sans

que le diagnostic pût être posé d'une manière bien positive et sans que les moyens employés modifiassent en rien le développement de la maladie. Bref, l'enfant succomba un mois environ après qu'on se fut aperçu de l'invasion. Je fus chargé de faire l'autopsie cadavérique ; je transcris textuellement les notes que j'ai prises et conservées.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — Le corps n'est pas sensiblement amaigri, il existe sur le tronc et sur les membres inférieurs quelques taches ecchymotiques qui paraissent produites par du sang infiltré ; il en existe une très-large avec suffusion sanguine à l'orbite droit, elle occupe toute l'étendue des paupières et se prolonge à l'intérieur. L'œil de ce côté est projeté au dehors de la cavité orbitaire. Des nodosités d'un volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite noix, font saillie, quelques-unes dans la peau, le plus grand nombre au-dessous de cette membrane ; elles sont disséminées dans presque tous les points de la surface du corps. Plusieurs d'entre elles présentent une teinte livide, une ecchymose qui forme à leur circonférence une sorte d'auréole. Il en existe de ce genre à la cuisse, à la région inguinale et dans plusieurs autres points ; mais la plus volumineuse siége à la région temporale gauche. L'incision de toutes les parties malades fait voir que plusieurs de ces tumeurs contiennent du pus blanc et de la matière cérébriforme. Dans d'autres points, elles sont d'un blanc rosé au centre, entourées d'un cercle noirâtre à la circonférence. Au

crâne, plusieurs perforent les os et font légèrement saillie dans la cavité; l'os environnant est épaissi, rouge, ramolli; un instrument le traverse très-facilement. Le foie contient une multitude de tubercules encéphaloïdes, les uns consistants, les autres diffluents. Une masse encéphaloïde de la grosseur du poing est située au devant de la colonne vertébrale; le poumon droit contient quatre petites tumeurs de même nature.

Je crois devoir rapporter au cancer encéphaloïde de la peau une variété rare, décrite par M. Rayer sous le nom de cancer *leucé;* les tubercules qui la constituent se distinguent par leur couleur d'un blanc laiteux. Ces tumeurs, qui paraissent, à la loupe, formées par une sorte d'hypertrophie du derme, avec infiltration d'une humeur lactescente, sont aussi remarquables par le développement accidentel de petits vaisseaux soit à leur centre, soit à leur circonférence. L'observation unique, consignée dans l'ouvrage de M. Rayer, et dont je vais rapporter l'extrait, démontrera que l'âge de la malade, le caractère non équivoque de tumeurs encéphaloïdes développées dans plusieurs autres points de l'organisme, ne permettent pas de séparer cette affection des tumeurs encéphaloïdes. Au reste, ici encore, comme dans l'observation qui précède, le cancer cutané n'a été que la manifestation d'une diathèse générale, et on comprend dès lors toute la gravité du mal et l'insuffisance des moyens thérapeutiques.

OBSERVATION.

Cancer leucé; tubercules cutanés, circulaires, arborisés à leur centre ou à leur circonférence, isolés ou en groupes, disséminés sur les membres et le tronc, chez une jeune fille de dix-sept ans; cancer du jéjunum, du pancréas et des ganglions lymphatiques abdominaux. (Recueillie par MM. Gaide et Bonnet.)

Marie-Célina Patureaux, couturière, dix-sept ans, lymphatique, fut réglée pour la première fois dans le mois d'août 1827; la menstruation fut régulière jusqu'au mois de février 1828. Un mois auparavant, cette jeune fille s'aperçut qu'elle portait à la cuisse droite une tumeur à peu près du volume d'une noix; elle éprouvait dans tout ce membre des douleurs lancinantes, qui furent calmées par une application de sangsues; au bout d'un mois, ces douleurs reparurent avec plus d'intensité; la tumeur continua à augmenter de volume, la cuisse offrait un gonflement général, et la marche était difficile. Le 18 août, la malade entra à l'hôpital de la Charité, où on reconnut, outre la tumeur de la cuisse, une tumeur dans l'abdomen, occupant la région de l'ombilic.

Après un mois de séjour à l'hôpital, de petites tumeurs se développèrent sur différentes régions de la peau; divers traitements furent essayés sans succès. C'est alors que la malade entra à l'hôpital

Saint-Antoine, le 24 septembre suivant. A cette époque, un certain nombre de ces tumeurs étaient entourées d'une auréole rosée et avaient une forme ovalaire; elles faisaient, au-dessus du niveau de la peau, une saillie qui dépassait rarement une ligne d'élévation.

La plupart de ces tubercules avaient les dimensions d'une pièce de vingt ou trente sous; plusieurs étaient réunis en groupes.

D'autres tumeurs, plus anciennement formées, avaient une autre apparence : leur centre, au lieu d'être bombé, était aplati et même un peu déprimé; presque tous ces tubercules offraient de petites veinules tortueuses, au nombre de quatre ou cinq pour chacun d'eux, et qui, partant de leur base, se réunissaient à leur centre.

Ces tubercules, épars sur diverses régions du corps, isolés ou en groupes, étaient indolents; à la cuisse droite, indépendamment des tubercules cutanés, on sentait profondément une tumeur volumineuse et ovalaire.

A la partie antérieure et supérieure du bras droit, existait une tumeur arrondie, circulaire, de 1 pouce ½ de diamètre, présentant à son centre une véritable fluctuation; dans ce point, la peau était bleuâtre, squameuse, et quelquefois humectée d'un peu de sérosité.

Au bout de vingt-huit jours, on fut obligé de les supprimer à raison de quelques accidents qui survinrent du côté de l'abdomen. Le facies de la malade s'altérait de jour en jour, elle maigrissait à

vue d'œil ; il survint une coloration ictérique de toute la surface du corps, laquelle persista jusqu'à la mort. Le 11 janvier 1829, la malade fut prise de douleurs d'enfantement, et mourut presque immédiatement après avoir mis au monde un enfant qui ne vécut que quelques heures.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — En incisant perpendiculairement les tubercules cutanés, on voyait que plusieurs étaient formés par une hypertrophie du derme. A la coupe, d'autres tubercules offraient de petites gouttelettes de sang épanché dans l'épaisseur du derme. Enfin, quand on incisait les autres, leur tissu paraissait ramolli, et, quand on pressait la peau entre les doigts, une humeur purulente, laiteuse, suintait des mailles du derme. La tumeur du bras droit était formée par une véritable masse de tissu encéphaloïde ramolli. Dans l'espace crural du côté droit existait une tumeur encéphaloïde du volume du poing, d'une dureté et d'une résistance très-grandes. Le centre de cette masse cancéreuse était traversé par la veine crurale, dont la face externe était entièrement confondue avec la tumeur.

Il existait en outre, dans plusieurs points de l'appareil digestif, des altérations de nature cancéreuse. Le fœtus, âgé de sept à huit mois, ne présentait aucune trace de cancer.

La seconde espèce d'encéphaloïde cutané est

constituée par des tumeurs congéniales, des nævi, qui, dégénérant, deviennent le siége de dépôts de matière encéphaloïde. Ces foyers cancéreux sont le point de départ de tumeurs semblables qui se développent dans d'autres régions plus ou moins voisines. Dans les cas de ce genre, les malades peuvent porter pendant de longues années le germe de leur affection; alors les nævi restent stationnaires et indolents, jusqu'au moment où des circonstances extérieures accidentelles font naître ou réveillent en eux le vice cancéreux. D'après ce qui précède, on voit que cette seconde variété, si elle n'a pas été uniquement le résultat d'une irritation extérieure, est du moins restée locale pendant un temps quelquefois fort long. Dans certains cas, elle a pu être extirpée sur place, et l'opération suivie de guérison.

La première forme globulée affecte en général des sujets peu avancés en âge : celle-ci peut se développer à tous les âges, mais elle affecte de préférence la jeunesse et l'âge adulte. Tous les nævi sont susceptibles de dégénérescence, quel que soit d'ailleurs le point de la peau qu'ils occupent; on les voit au crâne, à la face, mais ils se montrent le plus souvent dans les régions où la sueur est âcre et abondante. Ainsi, c'est au pli de l'aine, à la vulve, aux aisselles, à l'endroit où la peau forme un sillon entre le sein et le thorax chez les femmes grasses, qu'on les voit se développer de préférence. Lorsque ces tumeurs viennent à s'excorier et doivent dégénérer, elles deviennent le siége d'un travail in-

flammatoire, sont douloureuses, augmentent de volume, et donnent bientôt naissance à des ulcères cancéreux qui fournissent en abondance un fluide ichoreux, souvent sanieux et fétide. Cet ulcère boursouflé se recouvre de champignons qui tombent et se reproduisent avec rapidité, des portions de détritus de la tumeur sont rejetées au dehors, tandis que la dégénérescence s'approprie les tissus voisins, qu'elle distend ou comprime. Des hémorrhagies plus ou moins répétées et formidables se font par ces ulcères, et l'on voit les signes de l'infection cancéreuse se développer promptement. Toujours la rapidité et la marche de la maladie augmentent une fois que l'ulcération est établie. Cependant les phénomènes de la maladie ne sont pas toujours aussi nettement tranchés, et l'on comprend quelle influence peut avoir sur la rapidité de sa marche le volume de la tumeur primitive, l'abondance du système vasculaire, et quelquefois aussi la nature du traitement. Les deux observations suivantes présentent des exemples de ce genre de cancer encéphaloïde cutané. Il est facile de saisir les différences qui les distinguent. L'une nous fait voir se succédant avec rapidité la série formidable des accidents qui peuvent accompagner l'encéphaloïde; dégénérescence du nævus, impuissance de l'opération, récidive, hémorrhagies, gangrène, cachexie cancéreuse, s'y trouvent réunies. L'autre, dont la marche a été moins aiguë, est un exemple de succès de l'opération. Elles nous offrent l'une et l'autre des enseignements utiles au point de vue

de la thérapeutique. La première est due à M. Récamier; la seconde est extraite de la *Revue médicale* et appartient à la pratique de M. le professeur Gerdy.

OBSERVATION.

Cancer encéphaloïde de la région dorsale développé sur un nævus.

Mme de R..., âgée de quarante ans, issue de parents fortement constitués, a été sujette dans son enfance, d'abord à des rapports acides, et ensuite à des angines, qui ont cessé à treize ans, lors de la première apparition des règles; quatre ans après, elle a commencé à éprouver des migraines.

Douée d'une grande force d'âme et d'une sensibilité exquise, Mme de R..., mariée à dix-sept ans, devint veuve à vingt et un, déjà mère de deux enfants. A trente-huit, elle perdit sa fille, et cette perte, aussi vivement sentie que celle de son mari, exaspéra des palpitations qui la fatiguaient souvent depuis son veuvage.

Mme de R... portait au dos un large nævus caractérisé par une peau brune, rugueuse et mamelonnée. Vers trente-neuf ans, en juillet 1826, un des mamelons situés sur les bords du nævus ayant été excorié, il s'y développa une tumeur qui prit rapidement le volume du poing et devint le siége d'élancements intolérables. M. le professeur Boyer

enleva cette masse carcinomateuse, le 7 décembre 1826.

La plaie fut cicatrisée en six semaines; mais bientôt un engorgement de même nature que le premier se manifesta sur les côtés de la cicatrice. M. Boyer n'ayant pas jugé à propos d'emporter cette nouvelle tumeur, la malade me consulta le 5 avril 1827.

Voici ce que j'observai : Une tumeur dure, inégale et uniforme, ayant 6 pouces dans son diamètre vertical, 4 dans l'horizontal, et 2 seulement de relief, occupait toute la région postérieure du thorax, à gauche; sur la partie moyenne de cette tumeur, et dans le sens de son grand diamètre, on remarquait, au fond d'un sillon large et profond, une cicatrice de 4 pouces de long. La partie de la tumeur placée au dehors du sillon était recouverte par la peau saine, et l'autre par le nævus. Au-dessus de l'angle inférieur de la cicatrice, la peau était luisante et la tumeur déjà ramollie.

Malgré l'état avancé de cette maladie cancéreuse, les douleurs lancinantes étant aiguës et habituelles, je résolus de constater ce que pourrait la compression pour les calmer, et pour diminuer un engorgement d'un aussi mauvais caractère; elle fut commencée le 6 avril 1827.

Je me servis, pour comprimer, de disques d'agaric, et de bandes de percale, avec lesquelles je fis dominer la compression sur la circonférence de la tumeur, sans négliger le centre. En peu de jours, celle-ci avait perdu quelques lignes de relief, et

près d'un pouce de ses autres diamètres. J'augmentai la compression, en recommandant de relâcher le bandage s'il causait de l'insomnie. La malade négligea d'abord cet avis; mais dès la troisième nuit, le malaise qu'elle éprouva la contraignit de s'y conformer. La fièvre qui était survenue à cette occasion dura quelques jours, pendant lesquels on s'en tint à l'emploi d'un laxatif, et à l'usage de boissons acidules.

Pendant la fièvre, les douleurs que la compression avait suspendues reparurent; on voulut la leur opposer de nouveau, mais elle ne les calma point comme auparavant; bien plus, elle ne put pas être supportée au même degré que dans les premiers jours, et on se borna à un simple bandage contentif.

Dans le cours du mois de mai, il s'établit, sans cause connue, une fièvre qui devint habituelle et il se forma, sous le bord du grand pectoral gauche, un engorgement de la grosseur d'une petite noix. Cependant l'appétit se soutenait; mais la santé se détériorait de jour en jour, et la tumeur prenait un développement considérable, ainsi que l'engorgement de l'aisselle, qui acquit bientôt le volume d'un œuf. Au commencement du mois de juin, je reconnus sur la partie inférieure de la tumeur une eschare qui s'étendit peu à peu, et dont la séparation donna lieu à une hémorrhagie qui faillit enlever la malade le 9 juillet 1827.

A l'époque de son ouverture spontanée, la tumeur, ramollie, recouvrait toute la partie posté-

rieure gauche du thorax, depuis la troisième côte jusqu'à la onzième ; son relief, de 2 pouces en dehors au mois d'avril, était au moins de 6 ou 7 au commencement de juillet, et allait en décroissant jusqu'à son bord interne ; il était tel que la malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit ; les douleurs étaient devenues intolérables, malgré l'usage interne et externe des calmants.

En arrivant au moment de l'hémorrhagie, je trouvai la malade décolorée, très-affaiblie et baignée dans son sang. Aussitôt, j'incisai l'eschare qui n'était détachée que dans une étendue de 3 à 4 lignes ; je vidai le foyer de toute la matière cérébriforme qu'il contenait, et je le remplis de bourdonnets roulés dans la poudre de colophane d'abord, et ensuite dans celle de quinquina et de camphre. Le sang fut arrêté immédiatement, et la malade soulagée. Dans les journées suivantes, d'autres foyers cérébriformes et sanguins furent encore ouverts, et les pansements continués avec la poudre de quinquina et de camphre, avec laquelle on malaxait pour ainsi dire la tumeur, qui crépitait sous les doigts, à cause des gaz qui s'y formaient dans l'intervalle des pansements. Pendant la fin de juillet, et le courant du mois d'août, il se fit une sorte de détersion de ces foyers, dont l'odeur devenait absolument insupportable. La faiblesse de la malade obligeait à différer les pansements qu'on renouvelait deux fois par jour. Après la chute des eschares qui étaient dans les foyers mélangés avec la matière cérébriforme, l'odeur fétide et la crépita

tion ne reparurent plus comme auparavant, et la tumeur se trouva réduite à un volume moindre que lorsque je l'avais vue pour la première fois. La malade alors put se coucher sur le dos ; l'ulcère se rétrécit, comme par une sorte de cicatrisation; la tumeur axillaire diminua, et il se manifesta dans les membres inférieurs, et spécialement dans le droit, une infiltration qui fit des progrès jusqu'à la mort. Cependant les fonctions digestives se conservèrent longtemps, quoique la malade ne prît aucune espèce d'aliments qu'avec une grande répugnance, et qu'elle fût consumée par une fièvre continue. Dans les dernières semaines, outre les paroxysmes habituels, elle éprouvait, après l'usage des moindres aliments, un accès de fièvre plus ou moins violent avec frisson, chaleur, sueur. Les exacerbations et les accès de cette fièvre n'éprouvèrent que des modifications fugaces par les préparations de quinquina, soit qu'on les employât seules ou associées avec divers calmants ou antispasmodiques. Le sous-carbonate de fer n'eut pas plus de succès, tandis que l'eau distillée de menthe poivrée a toujours procuré du soulagement. Après l'ouverture de la tumeur, la malade se plaignit pendant plusieurs jours d'un sentiment d'ivresse qui la fatiguait beaucoup; je pensai que le camphre employé en forte proportion dans la poudre des pansements en était la cause; je le supprimai, et cet accident (je l'ai noté sous le point de vue de l'action du camphre sur le système nerveux) diminua, sans disparaître entièrement,

probablement à raison de la faiblesse de la malade, qui s'éteignit à la fin du mois d'août.

OBSERVATION.

Cancer encéphaloïde de la peau de la tempe (recueillie et publiée par M. Trifet).

Victoire Mangemartin, soixante-huit ans, culotière, demeurant rue Princesse, 11, entra le 5 mars 1844 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy. Elle porte à la partie droite et supérieure du front, vers l'origine du cuir chevelu, une ulcération cancéreuse de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Elle fait remonter l'origine de son mal à plus de dix ans; c'était alors une petite végétation de la grosseur d'une petite lentille; elle était recouverte d'une petite croûte; pendant neuf ans, les choses restèrent stationnaires. Ce n'est que depuis quelques mois qu'elle a commencé à éprouver quelques douleurs dans cette partie, douleurs qui se faisaient sentir pendant la nuit. La malade remarque alors que la tumeur augmente de volume.

Malgré un traitement interne et externe prescrit par un médecin de la ville, la tumeur s'ulcéra; c'est alors qu'elle entra à l'hôpital. Le 20 mars, M. Gerdy enlève toute la partie malade en la circonscrivant entre deux incisions et en la disséquant jusqu'au périoste. Le tissu osseux était sain. Le

tissu de la tumeur est de nature encéphaloïde, parsemé de foyers hémorrhagiques.

Le 20 avril, la malade, se trouvant très-bien, sort de l'hôpital, en promettant de revenir au pansement chaque matin.

Le 6 mai, la malade est complétement guérie.

Diagnostic. — Les caractères diagnostiques du cancer encéphaloïde cutané doivent être examinés à l'état de tumeur non ulcérée et ulcérée. Disons tout d'abord que l'encéphaloïde s'observe rarement isolé dans la peau; le plus souvent des productions de même nature existent dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans d'autres organes; le squirrhe, au contraire, a fréquemment son siége exclusif dans l'enveloppe tégumentaire. L'encéphaloïde se rapproche plus de la forme lobulée, il est plus élastique, le squirrhe est plus dur. L'encéphaloïde acquiert plus rapidement un volume considérable, le squirrhe est rarement volumineux. La marche de l'encéphaloïde est plus rapide que celle du squirrhe; l'encéphaloïde est plus fréquent dans la jeunesse, presque seul observé dans l'enfance, ce qui n'exclut pas son développement dans un âge avancé; le squirrhe s'observe rarement avant l'âge adulte. Lorsque le cancer cutané est à l'état d'ulcération, des caractères distinctifs assez tranchés s'observent encore; j'ai indiqué, en faisant l'histoire du squirrhe et de l'encéphaloïde, les caractères de l'un et l'autre ulcère; qu'il me suffise d'opposer ici la petite quan-

tité de sanie que les ulcères squirrheux fournissent, eu égard à leur étendue, à l'état fongueux et boursouflé des ulcères encéphaloïdes, à l'abondance du fluide ichoreux et des détritus de matière encéphaloïde qui s'en échappent. Signalons enfin la fréquence et l'abondance des hémorrhagies dans l'encéphaloïde ulcéré, et la rareté de cet accident quand il s'agit du squirrhe.

On rencontre des tumeurs constituées par le tissu érectile et qui simulent jusqu'à un certain point les tumeurs encéphaloïdes cutanées. Elles sont molles, bleuâtres, tantôt lisses, tantôt granulées à leur surface; elles adhèrent intimement à la peau et sont formées de vaisseaux sanguins; elles présentent quelquefois des mouvements isochrones à ceux des pulsations artérielles, ou bien augmentent par les efforts, et diminuent de volume par la pression.

D'après ces caractères en général, il est difficile de se méprendre sur la nature de ces tumeurs; l'erreur serait possible, lorsqu'elles présentent au centre une apparente fluctuation semblable à celle que l'on retrouve dans le cancer ramolli. Mais l'âge du sujet, le bon état de sa constitution, le développement peu rapide du mal, l'absence de tout symptôme morbide, soit local, soit général, du moins au début, caractérisent suffisamment les tumeurs érectiles et empêchent de les confondre avec le cancer encéphaloïde. Dans certains cas, alors même que la tumeur est ulcérée, on peut encore conserver des doutes sur sa nature; à l'appui de cette propo-

sition, je citerai le fait suivant, recueilli par moi-même à l'Hôtel-Dieu en 1828.

OBSERVATION.

Tumeurs érectiles d'apparence cancéreuse dégénérées et ulcérées.

Louise Dardel, âgée de huit mois, née et élevée à la campagne, de parents sains, fut présentée par M. Marjolin à Dupuytren, et reçue à l'Hôtel-Dieu le 3 mars 1828. Cette enfant vint au monde avec deux taches rouge lie de vin, faisant relief sur la peau. L'une d'elles occupait la face dorsale des trois premiers métatarsiens du côté gauche, et en passant entre les deux premiers orteils s'étendait du côté de la face plantaire dans une étendue de 1 pouce carré. La seconde, située à la partie moyenne et interne de la cuisse, était large comme une pièce de 1 franc. Jusqu'à trois mois les tumeurs restèrent stationnaires; seulement elles devenaient turgescentes pendant les cris de l'enfant. A partir du troisième mois, on s'aperçut que la tumeur du pied augmentait de volume; il se forma des ulcérations entre les deux orteils sans hémorrhagie; ulcérations qui s'agrandirent en étendue et en profondeur, et gagnèrent bientôt la face dorsale du pied. L'enfant, par ses cris, manifestait sa souffrance, et sa santé générale devenait de moins en moins florissante.

Voici l'état dans lequel se présenta cette enfant à son entrée :

Entre les orteils existe une fissure profonde qui fait communiquer deux ulcérations, l'une à la face plantaire, l'autre à la face dorsale. Ces ulcérations à bords turgescents formés de tissu érectile, à fond grisâtre, blafard et fongueux, sont recouvertes d'une sanie très-odorante. Dupuytren reconnut dans ces désordres un mélange de dégénération cancéreuse et érectile.

Cependant la tumeur de la cuisse s'était accrue sans s'ulcérer; elle était rouge, violacée, pâlissait sous la pression du doigt pour se colorer de nouveau; elle avait deux fois plus d'étendue qu'à l'époque de la naissance. M. Marjolin avait pensé à l'amputation. Dupuytren eut la même idée; mais il en fut détourné par la crainte d'être en présence d'un cancer qui aurait récidivé, par l'existence d'une tumeur à la cuisse menacée du même accident qu'on observait au pied.

Les émollients, les pansements au chlorure de chaux, avaient échoué; on résolut, pour modifier la surface, de cautériser avec le nitrate acide de mercure. Après une première cautérisation faite avec un pinceau imbibé du liquide, la surface ne fut pas modifiée; elle semblait tenir de la pourriture d'hôpital. Il y eut un peu de douleur sur le moment et quelques gouttes de sang noir. Sept jours après, deuxième cautérisation, qui produisit une notable amélioration. La cautérisation, arrêtée par un abcès à la fesse, qui fut ouvert et n'eut pas d'autres

suites, fut reprise le 9 avril, continuée de cinq en cinq jours, et, dès le principe, le fond de l'ulcère perdit son aspect grisâtre, les bords s'affaissèrent, la solution de continuité diminua d'étendue, et après neuf cautérisations, vers la fin de mai, le mal était guéri.

Mais, depuis la cinquième cautérisation, la tumeur de la cuisse avait fait des progrès; il s'était établi des fissures, des ulcérations, une sorte d'émonctoire, qui prenait d'autant plus d'activité dans ses fonctions, que l'altération du pied diminuait. L'indication d'un exutoire sembla manifeste. On établit un cautère au bras : l'ulcère de la cuisse se modifia alors promptement sous l'influence du même caustique, et fut guéri le 25 juin. La santé générale de l'enfant n'en fut pas ébranlée, et elle sortit guérie le 10 juillet 1828.

Du 25 juin au 10 juillet de la même année, il n'y eut pas de récidive. Autour de la cicatrice du pied, déprimée et blanche à son centre, se trouvaient de petits tubercules rouges, gros comme un grain de chènevis, restes de la tumeur érectile. A la cuisse, la cicatrice est parsemée des mêmes tubercules, plus manifestes, plus nombreux.

Des lipômes, des tumeurs enkystées, ont été pris quelquefois pour des cancers à l'état de ramollissement. Cette méprise sera évitée si l'on se souvient que ces tumeurs sont, en général, d'une consistance plus uniforme, indolentes, libres de toute adhérence, sans changement de couleur à la peau,

et n'apportant d'autre trouble dans la santé qu'une certaine gêne aux mouvements des organes qui en sont le siége ; le lipôme, d'ailleurs, étant placé sous la peau, la peau peut être plissée sur lui avec facilité.

Pronostic.—Le pronostic de l'encéphaloïde cutané est très-grave pour les raisons que nous avons indiquées à l'occasion du squirrhe, parce que l'affection est le plus souvent la manifestation d'une diathèse, et enfin parce que cette variété du cancer est plus souvent suivie de récidive après les opérations.

CANCER MÉLANÉ

(*Anthracine*, Jurine et Alibert).

Cette variété de cancer de la peau est assez rare, on n'en rencontre dans les auteurs que quelques observations souvent fort incomplètes, et son histoire, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique microscopique, laisse beaucoup à désirer.

Alibert décrit comme distinctes deux variétés de cancer cutané mélanique, l'un qu'il nomme *cancer anthracine*, et l'autre *cancer mélané*, tandis que M. Rayer regarde ces deux formes comme identiques. D'autre part, lorsqu'on lit la description que le premier de ces auteurs donne du cancer qu'il appelle *globuleux*, et qu'on la compare à celle du cancer mélané, on se demande sur quels caractères il s'est fondé pour séparer ces deux affections. Enfin, on trouve çà et là éparses dans les recueils périodiques des observations de tumeur mélanique mul-

tiples, dont les caractères se rapprochent tellement de ceux qui ont été assignés au cancer mélané, qu'on est tenté de les ranger dans cette dernière catégorie, quoique les auteurs de cette description ne leur aient pas donné ce nom.

Voici, du reste, comment Alibert le décrit dans sa *Nosologie naturelle* : « Cette variété de cancer se présente communément sous forme de tumeurs globuleuses, d'une couleur rougeâtre ou violacée, assez analogues, par leur aspect, aux baies de cassis ou de genévrier. Ces tumeurs, blessées ou irritées, laissent souvent échapper un sang rouge et très-fluide. »

L'auteur ajoute à l'appui de sa description trois observations. Nous nous contenterons de citer la première, parce que l'autopsie permit de donner plus d'exactitude à la description anatomique.

OBSERVATION.

Une femme âgée de cinquante ans, d'un tempérament bilieux, forte et robuste, éprouva un jour des douleurs très-vives vers l'appendice xyphoïde. Ces douleurs augmentèrent d'intensité, l'inappétence survint ; un état légèrement fébrile s'empara de la malade, ses forces diminuèrent considérablement. Dès le commencement de son séjour à l'hôpital Saint-Louis, cette femme vit apparaître une multitude de petites tumeurs globuleuses, qui occupaient divers siéges à la surface du corps. Les unes se montraient sur le cuir chevelu, et sem-

blaient tenir aux fibres de l'occipito-frontal; d'autres étaient pour ainsi dire accumulées sur le sommet de l'articulation du bras avec l'épaule. On en voyait un certain nombre sur la paroi de l'abdomen, aux cuisses, aux jambes, et à la plante des pieds; elles conservaient partout le même aspect et les mêmes caractères. Voici d'ailleurs les principaux symptômes qu'éprouvait la malade : elle se plaignait d'une sensation de brûlure le long de l'œsophage, après l'introduction d'un liquide dans l'estomac, surtout du bouillon; elle avait une douleur déchirante à l'épigastre, quelquefois un sentiment de pulsation vers l'appendice xyphoïde; son pouls était petit, concentré, et parfois intermittent; elle ne pouvait supporter aucune nourriture. Elle finit par tomber dans un anéantissement extrême, et mourut par l'effet d'une lente et douloureuse consomption.

Le cadavre fut ouvert. Les tumeurs incisées étaient dures, d'un blanc jaunâtre dans leur intérieur, assez semblables à du lard rance, soit par leur couleur, soit par leur consistance; quelques-unes étaient noirâtres à leur superficie, et ulcérées à leur sommet. Nous trouvâmes une grande quantité de liquide rouge dans la cavité thoracique. Les poumons, totalement désorganisés, présentaient des concrétions noirâtres, contenant dans leur centre une sorte de noyau. Les glandes qui environnaient l'œsophage et la trachée-artère offraient un caractère carcinomateux. Dans la cavité abdominale, le foie était sain, la rate n'était point altérée; mais la mem-

brane muqueuse de l'estomac était absolument désorganisée, hérissée de petites fongosités. Même disposition dans le canal intestinal, qui était gangrené vers la portion transversale du colon.

Cette observation et la planche qui l'accompagne ne permettent pas de rattacher cette maladie à une autre variété qu'à celle du cancer mélané. L'auteur indique lui-même les caractères du cancer dans sa description. « Les tumeurs sont dures, jaunâtres à l'intérieur, semblables par leur consistance et leur couleur à du lard rance, noires à leur superficie, ulcérées à leu rsurface. » Ce sont bien là tous les signes du cancer uni à la mélanose ; de plus, toute l'économie est infectée, il y a des tumeurs cancéreuses dans les glandes qui environnent l'œsophage et la trachée.

Pour toutes ces raisons, je comprendrai sous la dénomination de *cancer mélané* les tumeurs noirâtres de la peau, qui se rapprochent du cancer par les douleurs vives qui les accompagnent, par leur tendance à s'ulcérer et à repulluler quand on les extirpe, et qui contiennent un des éléments cancéreux, squirrhe ou encéphaloïde.

Le siége de ces tumeurs varie : on en observe au visage (obs. de Lisfranc), au poignet (obs. de M. Blandin), au petit doigt (obs. de M. Dubourg), au sein (1re obs. de Jurine), à la lèvre inférieure (2e obs. de Jurine), au front, au cou-de-pied.

La première apparition du mal est signalée par une tache bleuâtre, ou violacée, ou tout à fait noire, qu'on aperçoit par transparence au-dessous

de l'épiderme, qui donne lieu à un sentiment de prurit et quelquefois à des élancements. La cause qui a présidé à la naissance de cette tache est ordinairement fort incertaine.

Peu à peu la tache augmente en largeur, puis semble se gonfler, soulever l'épiderme, et prend lentement la forme d'un tubercule et plus tard celle d'une tumeur.

Tantôt la couleur primitive persiste; le plus souvent, lorsque la tumeur s'accroît, elle reste noire au sommet, tandis que la base prend une teinte bistrée, une couleur olivâtre. Si on enlève l'épiderme, soit avec l'ongle, soit en appliquant un vésicatoire comme le fit Jurine, on découvre le derme d'une couleur noirâtre, comme fendillé, et quelquefois très-lisse et brillant.

Lorsque le tubercule a acquis un volume un peu plus considérable, alors il se forme au sommet une excoriation qui devient bientôt une ulcération, dont les bords s'indurent de plus en plus, s'épaississent, se renversent, sécrètent une sanie sanguinolente, d'un aspect roussâtre, et donnent parfois lieu à des hémorrhagies. Ces ulcères sont d'une opiniâtreté remarquable, et Alibert prétend que c'est une des variétés de cancer qui repullule avec le plus de tenacité après l'extirpation; il cite toutefois des cas de guérison obtenue par des moyens chirurgicaux.

Les ganglions lymphatiques qui recouvrent les vaisseaux qui reviennent de la partie affectée s'engorgent, des champignons cancéreux s'élancent du

fond de l'ulcération, et bientôt les malades succombent avec tous les phénomènes qui accompagnent la cachexie cancéreuse. On sait combien les pathologistes ont insisté sur les douleurs lancinantes auxquelles donne lieu le développement des affections cancéreuses; ce caractère s'est rencontré dans la marche du cancer mélané. Nous voyons, en effet, que dans les deux observations dues à M. Blandin et à M. Dubourg, les malades se sont plaints de vives douleurs lancinantes qui n'ont pas peu contribué à mettre sur la voie du diagnostic. Nous ne croyons pas toutefois qu'il faille attacher à ce symptôme plus d'importance qu'il n'en mérite réellement.

Tantôt les tumeurs cancéreuses, mélaniques, sont uniques, et se développent dans un seul point de l'économie, sans paraître se lier à une affection générale, puisqu'une opération chirurgicale pratiquée à temps a été suivie d'une guérison complète; tantôt, au contraire, les taches et tubercules cutanés sont multiples et semés çà et là à la surface du tégument externe, et sont liés à une diathèse. Dans ce cas, les organes intérieurs présentent des tumeurs de même nature et d'un volume variable.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs, avons-nous dit, laisse beaucoup à désirer : voici, en résumé, ce que l'on observe.

La consistance de la tumeur varie : tantôt mollasse et comme fluctuante, elle se présente sous l'aspect d'une bouillie plus ou moins épaisse, fortement

colorée en noir, et enveloppée d'un kyste dont les parois sont lardacées et épaissies ; d'autres fois, la dureté est assez considérable pour que le scalpel crie en pénétrant dans son intérieur. Alors l'aspect d'une tranche de la tumeur ressemble assez exactement à celle d'une truffe. A ces caractères de la mélanose, se joignent ceux du tissu squirrheux ou du tissu encéphaloïde. Dans le cas rapporté par M. Blandin, le tissu de la tumeur était dur, d'une couleur ardoisée, criait sous le bistouri, et laissait suinter à la pression un liquide noirâtre qui, comme l'encre de Chine, colorait le linge et le papier en noir. Cette coloration, dans un cas rapporté par Alibert, était assez intense pour que l'un des assistants ait pu s'en servir en guise d'*aqua tinta,* pour prendre un dessin de la pièce pathologique.

D'après ce que nous venons de lire, on voit que le cancer mélané peut être rattaché aux deux formes principales de l'affection cancéreuse, le squirrhe et l'encéphaloïde. Je ne sache pas que l'on ait eu l'occasion d'examiner au microscope les tumeurs mélaniques cancéreuses de la peau ; il est probable que l'on y découvrira les mêmes éléments que donnent les cancers mélanés des autres organes, c'est-à-dire les cellules cancéreuses amalgamées en proportion variable avec les cellules qui caractérisent la mélanose proprement dite.

Voici quelques observations qui viennent à l'appui de ce que nous avons avancé dans l'étude des

symptômes, de la marche, et de l'anatomie pathologique de cette affection.

Les deux observations suivantes m'ont été communiquées par mon ami M. Monod.

OBSERVATION.

Une dame X. était affectée à la face postérieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet, d'une tumeur du volume d'une amande, siégeant dans l'épaisseur de la peau, ulcérée à sa surface. Cette tumeur datait de plusieurs années, avait augmenté graduellement, et était le siége de douleurs lancinantes. Je l'extirpai au moyen du bistouri; les lèvres de la plaie furent rapprochées, la cicatrice se forma rapidement. La tumeur offrait les caractères de l'encéphaloïde avec quelques traces de mélanose. Six mois après, il s'était formé le long des veines sous-cutanées du membre supérieur, jusqu'à la clavicule, des tumeurs mélaniques. Ces tumeurs siégeaient surtout à la jonction des deux vaisseaux veineux, elles étaient en très-grand nombre; les plus volumineuses avaient le diamètre d'une petite noisette, les plus petites étaient grosses comme des pois. D'après les désordres qui existaient du côté de la poitrine, je fus convaincu que des tumeurs de même nature devaient exister dans la cavité thoracique. Je perdis la malade de vue.

OBSERVATION.

En 1846, j'ai opéré un vieillard âgé de quatre-vingts ans, affecté d'une tumeur grosse comme une noisette, placée sur la pommette gauche, siégeant dans la peau, ulcérée à sa surface. Cette tumeur datait de plusieurs années, avait augmenté graduellement, et était le siége de douleurs lancinantes. La tumeur fut détruite au moyen de deux cautérisations, la première superficielle avec le caustique de Vienne, la seconde profonde avec la pâte arsenicale de frère Côme (formule de M. Souberbielle).

L'eschare tomba assez promptement, la cicatrice se fit très-rapidement. Trois mois après, il se forma sous la mâchoire inférieure du côté gauche une tumeur siégeant dans les ganglions. Cette tumeur s'accrut avec une extrême promptitude; au bout de six mois, elle avait le volume d'une tête de fœtus; elle s'ouvrit, et détermina bientôt la mort.

Il y a, chez ces deux malades, les douleurs lancinantes, et l'aspect des tumeurs mélaniques et carcinomateuses que M. Monod a indiqués; seulement ici les tumeurs, après l'ablation par le bistouri ou la destruction par le caustique, ont repullulé et emporté les malades.

Dans ses *Recherches sur le cancer,* M. Rouzet rapporte plusieurs observations de cancer de la peau empruntés à l'ouvrage d'Alibert; ces faits, qui laissent beaucoup à désirer, peuvent cepen-

dant servir à éclairer mon sujet; je crois devoir les rapporter.

Observations citées par Alibert dans sa Nosologie naturelle.

Ire OBSERVATION.

Une demoiselle de cinquante-huit ans observa un jour une petite tache noire au-dessus de l'un de ses seins; elle crut d'abord qu'elle était l'effet d'une contusion; mais comme elle existait encore six mois après, la malade consulta M. Jurine, qui proposa l'opération. La demoiselle refusa. Ce praticien appliqua sur cette tache un vésicatoire; il vit alors le corps muqueux d'un noir aussi foncé que celui des nègres; le corps papillaire était légèrement tuberculeux et fortement bistré. Des douleurs lancinantes accompagnèrent le phénomène de l'ulcération qui donna issue à des fongosités d'où s'échappait une sanie ichoreuse; plus tard, hémorrhagies, engorgement des glandes axillaires et jugulaires du côté affecté, infiltration qui gagna les extrémités inférieures; enfin fièvre lente qui consuma la malade.

IIe OBSERVATION.

Un militaire âgé de cinquante-cinq ans portait à la lèvre inférieure des tubercules ulcérés très-

noirs. On eut recours à l'opération : non-seulement la partie malade fut emportée, mais encore toute la surface occupée par la base de la tumeur ; la cicatrisation fut complète au bout de quinze jours. Deux mois après, on vit reparaître, dans les environs de la cicatrice, des points noirs qui ne tardèrent pas à s'ulcérer. Le malade, perdant tout espoir de guérison, se retira à la campagne pour y terminer sa misérable existence.

IIIe OBSERVATION.

Il survint au front, un peu au-dessus des sourcils, chez un garçon âgé de douze ans, une tache de couleur noire ; comme le mal empirait, on l'emporta avec l'instrument tranchant. La maladie ne tarda pas à revenir dans le lieu même primitivement affecté. L'on cautérisa alors avec le fer rouge, mais pas assez profondément. Ce ne fut que par l'application successive de trois cautères actuels qu'on parvint à obtenir la cicatrisation.

IVe OBSERVATION.

Un homme de cinquante ans s'aperçut un jour que sa lèvre inférieure noircissait dans un point ; il crut à une ecchymose ; comme elle augmentait de jour en jour, M. Jurine conseilla de faire emporter et de cautériser la peau. Le malade hésita pendant six semaines. A cette époque, il vit s'éle-

ver de la tache un tubercule rougeâtre de la grosseur d'un pois; ce tubercule laissait échapper une grande quantité de sang toutes les fois que le malade remuait ses lèvres avec une certaine force. Il consentit à ce qu'on lui appliquât le feu, et obtint ainsi la guérison.

La première observation offre cela de remarquable que le derme dénudé par un vésicatoire permit au chirurgien d'assister au début de la maladie, et d'en signaler le siége précis dans l'épaisseur du derme.

Il se peut que les tumeurs qui présentent une coloration plus ou moins foncée offrent des difficultés pour le diagnostic d'avec les cancers mélanés. Certaines tumeurs veineuses sous-cutanées de la face, et des lèvres en particulier, donnent lieu à d'assez vives douleurs et sont accompagnées d'un prurit analogue à celui auquel donnent lieu les tubercules mélaniques. Leur coloration, leur aspect, leur accroissement, leur mollesse, pourraient souvent en imposer et donner le change. Mais il faut observer que ces tumeurs veineuses disparaissent plus ou moins sous une pression ménagée et grossissent par les efforts, la toux, etc.; enfin, elles ne sont pas entourées de cette auréole rougeâtre, de cette induration sur laquelle repose le tubercule mélané.

Le pronostic de cette variété du cancer est très-grave, d'autant plus grave que les tumeurs seront plus nombreuses; car alors presque certainement celles que l'on observe dans le tégument externe ne sont que l'expression d'une diathèse qui fera

infailliblement périr le malade. Lorsque, au contraire, le tubercule mélané est isolé, on est autorisé à pratiquer une opération qui, faite à temps, aura peut-être un résultat favorable.

CAUSES GÉNÉRALES.

Tout ce qui a été dit jusqu'ici dans cette thèse montre qu'il en est du cancer cutané comme du cancer des autres régions, c'est-à-dire qu'il se développe sous l'influence d'une prédisposition dont la nature nous est inconnue. On a beau citer un certain nombre de causes occasionnelles qui ont précédé l'apparition du cancer, il n'en reste pas moins vrai que ces mêmes causes agissent mille et mille fois sans rien produire de cancéreux, et que pour le cas où la production cancéreuse s'opère, il faut bien admettre quelque chose de spécial. Toutefois, il est incontestable que, pour le cancer cutané, duquel seul j'ai à m'occuper, l'action des causes occasionnelles a été plus fréquemment notée que pour tout autre cancer. Cela tient-il à ce qu'il est plus facile de reconnaître cette action quand elle s'applique à la surface cutanée que quand elle s'applique à quelqu'un des organes intérieurs? ou bien est-il véritable que la peau est plus susceptible de la dégénération cancéreuse par l'effet d'irritations mécaniques, d'excoriations perpétuées, de malformations congénitales, telles qu'un phimosis qui gêne habituellement l'émission de l'urine? En faveur de la première opinion, il n'est

peut-être pas hors de propos de remarquer que, de tous les cancers, le cancer primitif de la peau est celui qui offre le plus de chances de guérison. On n'entendra pas, je pense, cette proposition comme si je voulais diminuer la gravité du cancer cutané ; mais, en laissant cette gravité telle qu'elle doit être, je constate seulement (et l'expérience générale en fait foi) que le cancer cutané, tout considéré, est celui qui peut être opéré le plus grand nombre de fois, celui qui permet à la vie de se prolonger le plus, enfin celui qui compte le plus de guérisons radicales et définitives. Cette différence en faveur du cancer cutané doit sans doute tenir à la texture de la peau, puisque le squirrhe et l'encéphaloïde ont, dans cette membrane, la même constitution que partout ailleurs.

L'origine du cancer nous est donc inconnue ; car ce n'est pas dire autre chose que de la rattacher à une prédisposition occulte de l'économie. Il s'élève une question : c'est de savoir si cette prédisposition, quelle qu'elle soit, est soumise à la loi de l'hérédité. L'hérédité joue un grand rôle dans la production des maladies ; beaucoup sont déjà reconnues, d'un consentement unanime, comme héréditaires ; pour le cancer, il y a controverse. En général, on n'a pas tenu, dans cette discussion, compte des principes véritables de la loi de l'hérédité, ou plutôt on s'est représenté je ne sais quelle fausse hérédité à laquelle on a rapporté les faits. On se figure l'hérédité comme quelque chose d'absolu dont l'effet ne peut pas manquer, et, si cet effet

manque, l'on conclut qu'il n'y a pas hérédité, que telle ou telle maladie n'est pas héréditaire. C'est là une erreur complète, une fausse manière de raisonner. Deux conditions de l'hérédité doivent être prises en considération : la première, c'est que, dans les cas les plus incontestables de l'hérédité, toute la famille n'est pas d'ordinaire affectée; cela se constate particulièrement chez les animaux, où, dans une portée provenant d'un père ou d'une mère affectée d'une manière quelconque, une partie des petits reproduit la lésion, une autre ne la reproduit pas. La seconde considération, qui n'est pas moins importante, c'est que, maintes fois, l'hérédité n'est ni directe, ni immédiate. Elle n'est pas directe; car il peut arriver qu'un individu phthisique, par exemple, ait non pas son père ou sa mère phthisique, mais un oncle ou une tante. Elle n'est pas immédiate; car il peut arriver que l'hérédité passe du grand-père au petit-fils sans toucher le degré intermédiaire. Quand on se met devant les yeux toutes ces combinaisons possibles de l'hérédité et qu'on lit les faits allégués de part et d'autres, on incline grandement à penser que le cancer se range parmi les maladies héréditaires, et que l'hérédité est une des causes qui président à son développement. Cela posé, comme il a été établi aussi que le cancer cutané se produit souvent à propos de causes occasionnelles, il est sage, dans tous les cas où l'on saura qu'un individu provient de parents cancéreux, de conseiller tout ce qui pourra écarter ces causes occasionnelles.

Ayant ainsi admis dans la production du cancer les causes occasionnelles pour une faible part et l'hérédité pour une part plus grande, faut-il admettre que la contagion y joue aussi un rôle? A la vérité, pour la contagion comme pour l'hérédité, on s'est trop préoccupé d'idées absolues, et on l'a souvent rejetée dans des cas où elle est incontestable, sous ce faux prétexte que l'effet n'en devrait jamais manquer. Mais, cette concession étant faite, ce qui reste d'arguments en faveur de la contagion du cancer me paraît tout à fait insuffisant; les faits allégués sont ou trop peu probants, ou trop exceptionnels, pour qu'on y fonde quelque doctrine. D'ailleurs, une remarque me frappe, c'est que le cancer utérin, qui est fréquent, et qui, dans bien des circonstances, au début du moins, n'empêche pas le coït, ne paraît pas avoir donné lieu à l'infection cancéreuse de la verge, organe qui reçoit si facilement une autre infection. Au reste, une pareille question, qui est certainement importante, mériterait d'être l'objet d'expériences directes et prolongées : cela se ferait facilement chez les chiens, où l'affection cancéreuse n'est pas rare.

On conçoit, quand l'ensemble des remarques qui ont été faites sur l'étiologie du cancer se présente à l'esprit, que les doutes surgissent relativement à l'utilité de l'extirpation par le fer ou par les caustiques. En effet, là, le chirurgien a affaire à une malheureuse maladie dont la cause est profondément ténébreuse, qui, s'il en entrevoit quelque

chose, se rattache soit à la constitution individuelle, soit à une transmission héréditaire, et qui repullule avec la plus grande facilité. Cependant, il ne faut pas se laisser égarer par ce concours désespérant de circonstances, et il le faut moins pour le cancer cutané que pour tout autre. Car c'est ce cancer qui a l'action la moins funeste sur l'économie. Toutes les opinions théoriques doivent s'abaisser devant les faits. Or, il est établi, par une expérience irréfragable, qu'à l'aide de l'opération, tantôt on prolonge la vie des malades, tantôt même on la garantit complétement. Les choses étant ainsi, l'indication générale est d'opérer toutes les fois que les indications particulières ne prévaudront pas.

A la question d'étiologie se rattache naturellement la question de préservation; car souvent on peut se préserver des maladies dont on connaît la cause. Ici, dans le cancer en général, et en particulier dans le cancer cutané, que faire pour se préserver? On ne pourra songer à la prophylaxie que dans deux circonstances : ou bien quand le sujet, né de parents cancéreux, se trouve par cela même exposé à cette affection funeste, ou bien quand, le mal ayant été enlevé par quelqu'un des moyens chirurgicaux, une récidive est à craindre. Malheureusement les ressources qu'offre la médecine dans l'une ou l'autre de ces conditions sont, on peut le dire, tout à fait nulles. On a bien, il est vrai, conseillé l'application de cautères; on a bien conseillé encore le changement de régime et de vie, et surtout le changement de climat. Mais

il est problématique que de pareils moyens aient de l'efficacité. Changer de fond en comble les habitudes d'un homme menacé de cancer, paraît rationnel; mais, en pathologie, le rationnel est si souvent différent du vrai, qu'il faut pour chaque cas, même quand la déduction logique paraît la meilleure, s'appuyer sur une expérimentation assez longue et assez bien conduite pour n'être trompeuse.

TRAITEMENT.

Nous venons d'examiner la question de savoir si les cancers devaient être opérés. Nous avons vu, d'après le résultat de l'expérience, que la solution de cette question ne saurait être douteuse, et nous avons répondu par l'affirmative. Avant d'entrer dans l'étude des moyens à l'aide desquels on enlève les cancers, disons quelques mots sur les indications et contre-indications à ces opérations. Et d'abord, à quelle époque faut-il opérer dans le cancer cutané? Dès que la nature cancéreuse de l'affection est reconnue, le mal doit être enlevé, car de plus longs retards ne pourraient que l'aggraver, en favorisant son extension de proche en proche et sa généralisation par les voies d'absorption.

Mais la première condition indispensable pour obéir à cette règle générale est que la maladie soit locale; ainsi, un bon nombre des cancers cutanés dont nous avons étudié l'histoire dans ce travail ne

permettent pas de recourir à l'opération ; ce sont ceux que nous avons signalés sous le nom de concomitants, dans lesquels non-seulement plusieurs points de la peau mais encore les organes internes étaient affectés de la maladie. La marche du cancer peut aussi être une contre-indication à l'opération. Certains cancers cutanés marchent avec une telle lenteur que quand ils affectent des individus avancés en âge, il serait dangereux de les tourmenter par une opération qui pourrait accélérer la marche de la maladie et abréger les jours du malade. Le siége du mal et son étendue opposent quelquefois des obstacles insurmontables au traitement; donc la première condition est de pouvoir enlever la totalité du mal. La multiplicité des cancers de la peau n'est pas une contre-indication absolue, toutes les fois que le nombre des points cancéreux n'est point par trop considérable, que la santé générale n'est pas trop altérée, que les viscères intérieurs sont sains et qu'il n'existe pas de signes de cachexie cancéreuse. L'état de grossesse serait, si l'opération devait être grave, une contre-indication. L'espèce du cancer est-elle une contre-indication à l'opération ? Nous avons vu que, dans l'ordre de leur tendance à la récidive, le squirrhe est le moins grave, que l'encéphaloïde venait ensuite, et que le cancer mélané récidivait presque constamment. L'opinion des chirurgiens à cet égard offre peu de divergence, et mon observation personnelle me porterait à adopter cette opinion que la récidive est la règle dans les cancers mélaniques

cutanés. Cependant, les observations de ce genre de cancer cutané sont si rares, qu'il est difficile d'établir à ce sujet une opinion fondée sur un grand nombre de faits : aussi pensons-nous que, si le cancer mélané offre plus que les autres des chances de récidives, il ne doit pas être pour cette seule raison exclu du domaine de la médecine opératoire.

Je suis tout naturellement amené, par la discussion qui précède, à examiner la question de récidive, comme contre-indication à l'opération. Faut-il opérer les cancers cutanés en état de récidive?... Je n'hésite point à me prononcer pour l'affirmative : l'expérience et les observations démontrent que, de tous les cancers, celui de la peau, et, en particulier, la forme squirrheuse, est celui qui est le plus tardivement suivi de cachexie cancéreuse; aussi, lorsqu'il n'y a pas d'autres contre-indications, la conduite du chirurgien ne saurait être douteuse. Les observations suivantes viennent confirmer ces assertions.

OBSERVATION.

Amputation d'un cancer récidivé de la lèvre inférieure (*Journal hebdomadaire*, t. 1, p. 275).

Guiarmin (André), âgé de quarante ans, laboureur, fut admis à la Charité, le 26 octobre 1828, pour y être traité d'une affection cancéreuse à la lèvre inférieure. Cet homme n'avait jamais été ma-

lade; quoique militaire pendant dix-huit mois, il n'avait pas eu de maladies vénériennes.

Dans l'été de 1813, la lèvre inférieure se gonfla, devint douloureuse, puis se fendilla dans sa partie moyenne; lorsque le malade mangeait, le sang coulait en abondance de cette petite plaie, et ne s'arrêtait que difficilement; toutefois, après un certain temps, la solution de continuité se cicatrisa, le gonflement disparut, les hémorrhagies cessèrent, et le malade se crut guéri. Malheureusement, quinze jours après leur disparition, les accidents se renouvelèrent, puis ils cessèrent encore après un certain temps, plusieurs fois, pour reparaître à des intervalles à peu près égaux.

Dix ans se passèrent ainsi, sans que le mal se fût aggravé, sans que le malade s'inquiétât de son état; ce laps de temps écoulé, la lèvre inférieure se tuméfia beaucoup plus qu'auparavant : une petite élévation rouge, dure, très-douloureuse, apparut près du bord libre et un peu à gauche; le moindre frottement, les seuls mouvements de mastication, suffisaient pour déterminer une hémorrhagie très-tenace.

Cet homme consulta un chirurgien d'une petite ville voisine, lequel avait la réputation de guérir ces sortes de maladies. D'après le conseil de celui-ci, il appliqua, deux fois par jour, sur la tumeur, un emplâtre d'une composition inconnue; au bout de ce temps, tous les accidents avaient disparu, et la petite tumeur, développée près du bord libre de la

lèvre, n'était plus grosse que comme une tête d'épingle.

Le malade se croyait guéri depuis trois ans, lorsque tout à coup le mal se réveilla avec plus d'intensité que jamais : les élancements douloureux se firent de nouveau sentir ; la petite tumeur, restée jusque-là stationnaire, augmenta de volume, et la lèvre saignait avec encore plus de facilité et d'abondance qu'auparavant.

Au mois de juin 1826, le malade, s'étant décidé à l'ablation de sa tumeur, subit l'opération dans le même mois ; elle fut enlevée à l'aide de ciseaux courbes. Quinze jours après, la plaie était cicatrisée, et Guiarmin put reprendre ses travaux.

Au mois de juin 1828, il commença à ressentir dans la lèvre inférieure une démangeaison incommode, tout à fait semblable à celle que ferait éprouver une mouche marchant sur cette partie. A ces symptômes précurseurs, succédèrent bientôt des élancements dans la partie gauche et supérieure de la lèvre ; un bouton rouge, dur, douloureux, parut à 3 lignes environ au-dessous du bord libre et un peu à gauche. Peu de temps après, se forma une tumeur dont le développement fut assez rapide ; la peau qui recouvrait et qui entourait sa base était un peu rouge, et cette fois la lèvre ne saignait pas, mais les douleurs lancinantes étaient si fortes, que cet homme fut forcé d'interrompre son travail ; c'est alors qu'il fut reçu à la Charité.

État présent, 26 octobre. La lèvre inférieure offre, dans sa partie moyenne, et dans toute son

étendue du côté gauche, une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état naturel. A quelques lignes au-dessous de son bord libre, à gauche, on remarque une tumeur conoïde, dure à sa base, douloureuse à la pression; la peau qui la recouvre est rouge, excepté à son sommet, où l'on voit un très-petit point blanchâtre, et où l'on sent une sorte de fluctuation; les parties voisines de la tumeur sont dures et engorgées. Le mal s'étend latéralement, depuis la commissure gauche jusqu'au delà de la partie moyenne de la lèvre, et de haut en bas, depuis son bord libre, jusqu'à son adhérence avec la face antérieure de l'os maxillaire inférieur.

M. Roux, ayant jugé l'opération nécessaire, la pratiqua le 30 octobre; il retrancha toute la partie cancéreuse de la lèvre, et la remplaça par un lambeau taillé aux dépens de la partie inférieure de la face et de la partie antérieure et supérieure du cou.

Le malade commença à moins souffrir quelque temps après l'opération; il put dormir pendant la nuit suivante. Depuis ce jour jusqu'au 8 novembre, il survint de petits accidents qu'il serait trop long de mentionner ici, mais qui furent sans conséquences fâcheuses. Le 8 novembre, tout fait espérer une guérison parfaite, sauf une légère difformité produite par un peu d'affaissement du lambeau dont le bord supérieur est à une demi-ligne au-dessous de celui de la lèvre.

La tumeur, incisée aussitôt après l'opération, présente les apparences d'un tissu squirrheux un peu

ramolli, d'un blanc grisâtre, parsemé de petits points blancs, d'où s'échappe, par expression, une matière épaisse et comme caséeuse. Au centre de la tumeur, existe un foyer contenant une matière purulente épaisse.

Cancer de la peau, de l'aine et du périnée; troisième récidive; extirpation; guérison (*Journ. hebd.*, 1831, t. 2, p. 360-362).

Louis Leprince, cinquante-huit ans, entra à la Charité, le 7 juillet 1830, pour y réclamer les secours de la chirurgie, qui l'avait déjà délivré trois fois de la même affection. Ce malheureux portait une masse cancéreuse qui couvrait toute la région inguinale gauche, se continuant au périnée jusqu'aux environs de l'anus. Chaque fois, depuis la première opération qu'il avait subie par les mains de M. Roux, la maladie s'était reproduite à dix-huit mois ou deux ans d'intervalle, mais chaque fois aussi elle avait un peu empiété au delà des limites précédentes, en sorte que, dans cette dernière circonstance, elle était plus étendue qu'elle n'avait jamais été; toutefois, quoique rasant d'un côté le scrotum, et dépassant de l'autre le niveau de la tubérosité sciatique, cette masse carcinomateuse, plate et tuberculée, ne paraissait pas avoir contracté d'adhérence bien intime avec les organes environnants ni avec les couches sous-cutanées.

M. Roux, dissertant sur ce sujet, se demande s'il

est rationnel de tenter une quatrième opération. Il se fonde sur les raisons suivantes pour résoudre la question par l'affirmative.

Le malade ne présente pas de signes de cachexie cancéreuse; l'altération locale paraît être toute la maladie. Si l'on eût reculé devant l'opération après la première reproduction de la maladie, le malade serait probablement mort. Du reste, on peut admettre, en thèse générale, que les tumeurs cancéreuses les plus considérables ne sont pas celles qui entraînent immédiatement les plus grands dangers.

Louis Leprince fut donc opéré. La cicatrice se forma sans aucune entrave. Vers la fin du mois de septembre, le malade, fort satisfait, sortit de l'hôpital, jouissant de toutes ses facultés.

Les tissus enlevés présentaient, dans la partie profonde, une consistance lardacée; dans plusieurs points de la surface, ils étaient ramollis.

M. Roux possède l'observation d'un malade qui a subi six fois l'ablation d'un cancer de la peau de l'épaule, et chez qui la cicatrice conserve toujours une assez grande sensibilité, sans qu'il y ait progrès de l'altération vers les couches profondes ni le moindre signe d'infection générale.

Dans le cas où une affection organique grave existerait simultanément, et que, par ce fait seul, la vie du malade serait compromise, il est évident qu'il faudrait s'abstenir de l'opération.

L'existence de ganglions engorgés dans le voisinage de la partie malade n'est pas toujours une contre-indication.

L'engorgement des ganglions a-t-il précédé le cancer, il tient à une cause différente de la cause cancéreuse, et dès lors n'est pas une contre-indication à l'opération; a-t-il, au contraire, suivi, la contre-indication n'est pas absolue : on a vu des cas où, le mal étant emporté, la résolution s'est faite dans les ganglions; mais, il faut bien le dire, c'est toujours une circonstance très-fâcheuse. On ne peut reconnaître *a priori* les cas, en petit nombre, où la terminaison sera favorable, et dans les autres, quand l'ablation des ganglions n'est pas possible, non-seulement l'opération n'est pas utile, mais encore elle ne fait que hâter la dégénération cancéreuse des ganglions. L'observation suivante, qui appartient à M. Payan, d'Aix, en est une preuve.

OBSERVATION.

Tumeur cancéreuse des lèvres (*Gazette médicale de Paris*, n° 35, t. 9, année 1841).

Un malade atteint d'un ulcère cancéreux, et qui s'était présenté dans les salles de l'Hôtel-Dieu, dans le mois de mars 1839, nous a démontré, par son exemple, combien il est dangereux d'opérer trop tard les personnes atteintes d'un mal pareil. C'était un paysan de Meyrargues, homme fort, vigou-

reux, qui, plus de deux années auparavant, avait commencé à ressentir, sur la lèvre inférieure, le bouton précurseur de l'ulcère malin. A la chute de ce bouton, succéda l'ulcération caractéristique, qui, mal soignée, irritée même fréquemment, fit des progrès, fort lents sans doute, mais continus.

Aussi, quand il se présenta à l'Hôtel-Dieu, les tissus indurés occupaient plus d'un tiers de la lèvre, et ceux-ci étaient encore surmontés, près du bord libre, d'une ulcération assez étendue, à caractère non douteux. En même temps, existait en dessous du menton, et à gauche, c'est-à-dire du côté du siége du mal, deux ganglions lymphatiques hypertrophiés et durs. Ces ganglions étaient-ils engorgés sympathiquement seulement, ou bien par l'effet de l'imprégnation du virus cancéreux qui y aurait été transmis par la voie des absorbants? Quelque fortes que fussent nos raisons pour cette dernière opinion, comme il y avait pourtant encore quelques motifs qui pouvaient faire pencher pour la première, et que d'ailleurs l'état de la lèvre s'aggravait de plus en plus, il fut décidé que l'excision de ce cancer labial serait pratiquée. En conséquence, deux incisions obliquement dirigées et convergentes en bas furent faites, l'une en dehors, l'autre en dedans de la tumeur, et toutes les deux, venant se réunir en dessous d'elles, constituèrent ainsi une espèce de V qui la circonscrivit en totalité. Elle fut ainsi emportée complétement, car, en palpant attentivement les parties que nous lais-

sions, nous pûmes nous assurer que nous avions emporté tout ce qui était sensiblement altéré.

Le pansement fut fait selon les règles ordinaires, c'est-à-dire que les lèvres de la plaie furent rapprochées, maintenues en contact par le moyen de la suture entortillée. Tout se passa fort bien d'abord : la réunion par première intention s'opéra, et, dix-huit jours après l'opération, la coaptation étant parfaite, le malade sortit de l'hôpital, présentant toutes les apparences d'une guérison facilement obtenue. Cependant, quelques glandes lymphatiques étaient, comme nous avons dit, un peu engorgées encore; ce qui nous laissait des craintes sur l'avenir de ce malade.

Ce fut six mois plus tard que nous le revîmes; il était alors dans le plus pitoyable état. Les ganglions du cou, tuméfiés et squirrheux, formaient une espèce de collier glanduleux et tout bosselé; la lèvre inférieure, durcie et très-épaisse, présentait un rebord saillant en avant de la supérieure; des végétations cancéreuses s'élevaient de sa surface interne et du bord des gencives : c'était le mal primitif qui s'était reproduit avec une effrayante rapidité. Quelques palliatifs lui furent par nous conseillés : ils ne devaient servir qu'à rendre plus supportables son état et les douleurs qui l'accompagnaient. Il traîna ainsi pendant près d'une année sa douloureuse et bien pénible existence.

Nous diviserons le traitement en traitement externe et traitement interne.

Le traitement externe se compose de deux grandes catégories de moyens :

1° Ceux qui ont pour but d'obtenir la résolution des tumeurs et la cicatrisation des ulcères cancéreux ; 2° ceux qui ont pour but d'en faire l'ablation.

A la première catégorie se rapportent l'électricité, les topiques, les antiphlogistiques, la compression, la ligature des artères seule ou combinée avec la ligature des veines et la section des nerfs.

La deuxième catégorie comprend la ligature, la cautérisation et l'excision.

Électricité. Je ne citerai que pour mémoire l'électricité appliquée à la cure du cancer ; j'ignore qu'elle ait été employée contre les cancers de la peau.

Topiques. Le nombre infini des topiques qui ont été proposés dans le but de guérir le cancer suffit pour entraîner la conviction sur leur inefficacité ; la plupart ont eu alternativement la vogue, de même qu'ils sont tombés successivement dans l'oubli. Sans en rejeter complétement l'emploi, je ne puis les envisager comme moyens curatifs, car je ne sache pas qu'ils aient jamais guéri de véritables affections cancéreuses.

Antiphlogistiques. Il existe quelques observations qui tendraient à établir que les antiphlogistiques peuvent amener la cure radicale des cancers cutanés ; mais en étudiant avec soin ces observations,

on ne tarde pas à être convaincu que ces guérisons appartenaient à des maladies qui n'étaient pas cancéreuses et qui avaient été considérées comme étant de véritables cancers. Voici, du reste, un extrait d'une observation consignée par M. Lasserre dans les *Mémoires de la Société d'émulation,* t. 9, p. 265, dans laquelle il rapporte un cas de guérison du cancer de la face obtenue par les antiphlogistiques unis aux narcotiques et aux pilules de Belloste.

OBSERVATION.

Chabannes (Adrien), dix-neuf ans, brun, régulièrement conformé, avait toujours joui d'une santé parfaite. Au mois d'avril 1822, divers boutons apparurent sur sa figure; un de ces boutons, survenu, vers la fin de mai, à la lèvre supérieure, se distingua des précédents par une cuisson plus vive, par de petites hémorrhagies. L'ulcère qui en fut la suite devint douloureux et s'agrandit. Pendant deux mois, on opposa quelques moyens insignifiants qui n'amenèrent aucun résultat. La plaie augmentant, le gonflement devenant considérable, des douleurs atroces se faisant sentir, le malade dépérissant de jour en jour, les parents me firent appeler. Je le trouvai dans l'état suivant :

Un ulcère occupe la partie moyenne de la lèvre supérieure; ses bords sont renversés et simulent le chapiteau d'un champignon; ils sont inégaux, durs et très-douloureux au moindre contact. Les tissus environnants sont de couleur brunâtre.

Il s'écoule de la surface de l'ulcère un pus grisâtre, liquide, mêlé de stries de sang et d'une odeur repoussante.

A ces caractères, je crus reconnaître une affection cancéreuse et je portai un pronostic grave. Je prescrivis une application de huit sangsues de chaque côté de l'ulcère, avec la recommandation de répéter cette opération de deux jours l'un, et de plus une pilule composée d'extrait de ciguë et de jusquiame. Au bout de onze jours, la lèvre avait déjà diminué de volume, les douleurs étaient devenues tolérables, les bords de l'ulcère s'étaient en partie affaissés. Même traitement.

Quinze jours après, les douleurs avaient disparu, les bords de l'ulcère étaient complétement affaissés, et on apercevait sur quelques points de sa circonférence une pellicule qui était le signe d'un commencement de cicatrisation.

Je réduisis de moitié le nombre des sangsues et je ne les fis appliquer que tous les cinq jours; je fis cesser l'usage des pilules narcotiques et je les fis remplacer par les pilules de Belloste. Sept jours après, je revis le malade et je trouvai l'ulcère cicatrisé dans le quart de son étendue. Même traitement. Au bout de douze jours, l'ulcère est entièrement cicatrisé.

Quelques semaines après, la lèvre redevint rouge, et s'ulcéra de nouveau; quelques jours suffirent pour redonner à la plaie son premier aspect, et de plus, les gencives étaient saignantes et fongueuses, les amygdales tuméfiées, la luette détruite, et le voile

du palais ulcéré. Pendant un mois, le malade fut soumis à des saignées locales, répétées tous les deux jours, et aux pilules de Belloste. Au bout de ce temps, les douleurs diminuèrent, les bords durs et renversés de l'ulcération de la face s'affaissèrent; l'ulcération du voile du palais se cicatrisa, et les gencives reprirent leurs caractères naturels. Les pilules de Belloste furent peu à peu augmentées et continuées pendant deux mois et demi environ; à cette époque, le vaste ulcère qui menaçait d'envahir toute la face et de faire périr le malade fut complétement fermé. La cure ne s'est pas démentie.

On voit par la lecture de cette observation qu'il est permis d'élever des doutes sur la nature cancéreuse de l'affection; je crois pour mon compte qu'il y avait là une maladie syphilitique.

M. le professeur Marjolin rapporte dans ses cours que lorsqu'il était élève à la Charité, dans le service de Boyer, il vint un paysan qui portait une ulcération calleuse à la paupière supérieure; les ganglions lymphatiques voisins de la parotide étaient engorgés. Boyer, croyant que c'était un cancer de la paupière, résolut de l'enlever; mais, comme le malade était dans un état d'excitation très-prononcé, l'opération fut différée, des sangsues furent appliquées aux oreilles; la diète, les bains de pieds, les applications narcotiques, furent mis en usage, et un mois après la guérison était complète. Ce n'était donc qu'une simple ulcération déter-

minée et entretenue par irritation et défaut de soins.

Compression. Les faits de cancer cutané traités par la compression qui sont à notre connaissance sont peu concluants. Ainsi, dans un premier fait d'Young rapporté par M. Robert, on voit qu'un vieillard, affecté d'un cancer de la lèvre, fut traité successivement par la cautérisation, puis par la compression, puis enfin par la cautérisation, et qu'il guérit. Évidemment, dans un cas pareil, il n'y a point de conclusions à tirer en faveur de la compression, et les résultats peuvent être aussi bien attribués à la cautérisation, qui fut employée en même temps. Dans un second cas, extrait d'une analyse de la *Bibliothèque médicale,* t. 74, je vois qu'un carcinôme, qui avait pris naissance entre le nez et l'œil droit pour occuper ensuite les deux paupières et se terminer au-dessus de la lèvre, fut traité par la compression, et que la cure ne fut que palliative. Je vais rapporter ici une autre observation du même auteur dans laquelle l'efficacité de la compression me paraît encore laisser des doutes. Je me contenterai d'en citer les points les plus importants.

OBSERVATION.

Cancer traité par la compression (Young, *Bibliothèque médicale,* t. 72, p. 262).

Alexandre Johnston, âgé de cinquante-trois ans,

après avoir eu un abcès près du grand angle de l'œil gauche et subi l'opération de la fistule lacrymale, vit se développer, deux mois après l'opération, et un peu au-dessus du lieu où elle avait été faite, un petit corps très-dur, qui passa rapidement du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, envahit successivement la joue, les parois correspondantes du nez, la lèvre supérieure, l'os malaire, puis l'angle de l'œil de l'autre côté.

On commença une compression le 5 juin 1819, après avoir enlevé une portion considérable de la tumeur avec le bistouri. Pendant la compression, qui n'amène aucune douleur, des lambeaux de la tumeur se détachent, l'os malaire s'exfolie, une dent tombe, et l'œil s'abaisse faute d'être soutenu. Il résulte de ces désordres une vaste plaie à recevoir le poing, mais qui a de la tendance à se cicatriser. En effet, à la fin de mars 1820, il n'y a plus qu'une cavité à recevoir le petit doigt. L'œil a conservé la faculté de voir, mais son axe s'est un peu dévié. Le malade quitta Londres dans cet état fort avancé de guérison ; mais, en août 1820, c'est-à-dire quatre mois après, il écrivit à M. Young pour lui apprendre que le mal avait récidivé avec une intensité effrayante. Toutefois, il ajoutait qu'ayant fait usage de la compression, il avait de nouveau triomphé du mal ; il remerciait M. Young de lui avoir conservé la santé et la vue.

On voit que le mal a récidivé après que la compression eut amené la première fois, sinon une guérison, au moins une notable amélioration. Il est

vrai que cette récidive fut encore enrayée dans ses progrès; mais le chirurgien ne fut pas à même d'examiner le malade, de sorte que le résultat final ne nous est qu'imparfaitement connu. A mon avis, on ne peut rien conclure d'un semblable fait.

M. Récamier, qui a fait des recherches sur la compression, ne relate dans son ouvrage aucun fait qui se rapporte directement à mon sujet; il reconnaît lui-même qu'un certain nombre d'obstacles doivent s'opposer à l'application de cette méthode. Or, ces obstacles sont de la nature de ceux que l'on rencontre très-fréquemment dans le genre de cancer que j'ai à traiter.

Ainsi la compression est douloureuse dans les régions abondamment pourvues de nerfs, et la face est une de celles où l'on a le plus souvent à traiter des cancers cutanés; en outre, les inégalités de cette région ne se prêtent que très-difficilement à la compression. On peut donc voir, d'après ces conditions, combien sont rares les applications qu'on pourrait en faire dans le traitement du cancer cutané. A ces difficultés dans l'application, viennent se joindre les craintes qui résultent du but même que l'on veut atteindre.

Ne doit-on pas redouter en effet qu'après l'atrophie du tissu squirrheux que l'on cherche à obtenir, les matériaux morbides ne soient transportés par absorption dans toute l'économie et ne produisent une infection générale? Et quand même la maladie ne se généraliserait pas, ne peut-il pas arriver que, sous l'influence de ce traitement, le cancer

ne se retranche de proche en proche dans les parties plus profondes?

En résumé, difficulté dans l'application de la compression, doutes sur son efficacité, absence d'observations cliniques concluantes, dangers possibles qui pourraient en résulter; telles sont les considérations qui ne nous permettent pas d'admettre que la compression appliquée au traitement du cancer cutané soit une méthode curative. Elle peut néanmoins dans quelques cas être conservée à titre d'auxiliaire.

OBSERVATION.

Je dois à M. Récamier la communication suivante : Un nævus de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et situé sur un des côtés du tronc, dégénéra en cancer par suite d'irritations successives; son extirpation par l'instrument tranchant fut suivie de récidive. Quatre autres récidives eurent encore lieu après des cautérisations faites chaque fois avec des agents différents, et toujours suivies de compression, mais après la chute de l'eschare. Successivement, le nitrate acide de mercure, le sublimé corrosif en poudre, la cautérisation avec une pile de 80 éléments, moyen qui causa des douleurs atroces, et la poudre arsenicale de Rousselot également suivie de la compression, furent employés sans succès. Enfin, une dernière cautérisation fut faite avec le nitrate de mercure, et cette fois la compression fut immédiatement éta-

blie sur l'eschare, ce qui n'avait pas été fait dans les cinq premières tentatives. C'est à cette dernière circonstance, que M. Récamier regarde comme très-importante, qu'il attribue la guérison de la maladie. Cette fois le travail de cicatrisation fut régulier, et le malade guérit parfaitement. Depuis cette époque (1827), la santé générale est restée bonne, et il ne s'est manifesté aucune apparence de récidive.

La *ligature des artères* qui se rendent à l'organe affecté, tentée pour la guérison de plusieurs cancers, a été appliquée par M. Jobert (de Lamballe) au traitement de quelques-unes des variétés de cancer qui sont le sujet de ce travail. Dans le but de rendre languissante la vie des parties affectées, et de les amener à une sorte d'atrophie, il a varié lesopérations qu'il a pratiquées; dans quatre cas de cancer de la lèvre inférieure, M. Jobert a pratiqué la ligature des artères faciales, des veines faciales, et coupé les nerfs mentonniers. La ligature des vaisseaux a bien apporté quelques modifications dans l'aspect de l'ulcère cancéreux, et la section des nerfs a fait cesser les douleurs; mais ce chirurgien n'en a pas moins été obligé, chez ses quatre malades, de recourir à la résection de la lèvre. D'après ces observations, nous ne devons donc pas regarder comme curative cette méthode, dont l'application n'a été suivie de guérison dans aucun des faits connus jusqu'à ce jour.

Ligature. Elle a été rarement appliquée, comme méthode unique, à la guérison des cancers cutanés. On se propose, avec elle, d'intercepter toute

communication entre le mal et le reste de l'organisme. Selon M. Récamier, cette méthode représente un mode particulier de compression, mais qui a pour but de provoquer la mortification et la chute de la partie malade ; elle trouve des applications dans le cas de tumeurs à base étroite ou pédiculée ; elle n'atteint pas toujours le mal jusque dans ses racines : aussi, pour être suivie de succès, a-t-elle besoin d'être combinée avec d'autres méthodes, la cautérisation, par exemple. L'observation suivante nous en fournit un exemple.

Tumeur cancéreuse de la joue, guérie par la ligature.

Nous devons à Pingusson l'observation suivante (Journal de Corvisart) :

Une dame âgée portait à la joue, depuis plusieurs années, une excroissance considérable et de forme hideuse, dont la base était moins large que le sommet. Cette tumeur faisait des progrès étonnants, et l'on n'osait y faire aucune application, l'ayant jugée de la nature de ces carcinômes qu'on appelle *noli me tangere*. Pingusson, ayant obtenu la confiance de la malade, fit aussitôt la ligature de la tumeur au moyen d'un fil de soie ciré, et, lorsqu'elle fut tombée, il attaqua la racine avec succès, en la touchant deux fois, dans l'espace de quarante-six jours, avec la pommade caustique de Rousselot, et tout a disparu sans retour depuis dix mois.

Cependant M. Récamier, qui emploie, ainsi que je viens de le dire, la ligature comme un mode particulier de compression, l'a appliquée dans quelques cas de cancers cutanés qui n'étaient pas pédiculés; il a guéri ainsi, chez l'amiral X..., un cancer de la face, au moyen de plusieurs ligatures combinées. Les règles de son application varient un peu, selon les circonstances : pour la rendre moins douloureuse, il conviendrait, en général, de circonscrire la peau par une incision faite avec le bistouri. Les avantages de la ligature sont : de prévenir l'hémorrhagie, d'effrayer moins le malade ; mais, à côté de cela, elle est douloureuse, lente dans son action, elle expose à l'inflammation les parties voisines, et la sanie qui s'écoule de la partie sphacelée, avant qu'elle se détache, peut être nuisible et est toujours incommode au malade. Comme méthode unique et primitive de traitement, elle trouvera de rares applications; mais elle peut être combinée avantageusement avec d'autres procédés; enfin, quand elle n'attaque pas la maladie jusque dans sa racine, elle peut irriter le mal et en accélérer la marche. L'ouvrage de M. Rayer contient un exemple de ce genre.

Si ce moyen ne peut être adopté comme méthode générale, il peut remédier à quelques accidents du cancer, à une hémorrhagie produite par un fongus, sur lequel il serait impossible ou dangereux de porter l'instrument tranchant.

Cautérisation. Le calorique a été employé de différentes manières dans le traitement du cancer

cutané. Lecomte, maître en chirurgie à Arcueil, se servit, pour détruire un bouton cancéreux de la lèvre inférieure, de la chaleur rassemblée au foyer d'une forte lentille : l'opération fut suivie d'un succès complet. Si ce moyen a l'avantage de concentrer son action sur la partie malade, il faut convenir qu'il est lent, qu'il doit être douloureux ; je ne sache pas, du reste, qu'on ait cité d'autres exemples de l'emploi de ce moyen. Si, dans des cas semblables, on voulait se servir du calorique, mieux vaudrait avoir recours au fer incandescent.

Le cautère actuel employé, surtout dans la crainte des hémorrhagies, est généralement abandonné aujourd'hui comme moyen unique, dans le traitement du cancer cutané, parce qu'il est au moins aussi effrayant que l'instrument tranchant, et que son application est souvent suivie d'une réaction inflammatoire assez considérable. Disons toutefois qu'il imprime des modifications dans la vitalité des parties voisines, et que ces modifications se font sentir jusque dans la formation de la cicatrice. Si, comme méthode unique, le cautère actuel ne doit trouver que de rares applications, son utilité nous paraît incontestable, quand, après l'ablation de la partie malade, on a des doutes sur la nature de quelques portions qui restent dans la plaie, ou bien quand, l'affection cancéreuse s'étant étendue jusqu'aux os, on veut agir sur la lame osseuse qui paraît suspecte.

Les caustiques que l'on a employés dans le traitement des cancers cutanés sont liquides ou solides.

Les principaux caustiques liquides sont les acides concentrés, l'azotate acide de mercure ; M. Récamier a employé l'eau régale, tenant en dissolution 30 centigrammes de chlorure d'or pour 30 grammes d'eau régale. Les caustiques liquides ont l'inconvénient de se répandre facilement sur les parties voisines, et d'agir trop superficiellement ; ils ne sauraient, par cette raison, être appliqués dans le voisinage d'organes que l'on a intérêt à ménager, aux paupières, par exemple, ni sur les ulcères qui reposent sur une base d'une certaine épaisseur.

Les principaux caustiques solides sont :

1° La *potasse caustique ;* 2° le *caustique de M. Velpeau,* composé d'acide sulfurique et de safran en quantité suffisante pour former une pâte ; 3° le *caustique de Vienne,* dans lequel entrent la potasse caustique et la chaux vive dans le rapport de cinq à six parties ; 4° la *pâte de chlorure de zinc.* Ce caustique est composé de chlorure de zinc et de farine, en diverses proportions ; l'activité de ce caustique est d'autant plus grande que la proportion de farine est moins considérable. 5° Les *préparations arsenicales ;* elles sont nombreuses ; les plus importantes sont celles de Rousselot : cinabre, 16 parties ; sang-dragon, 16 parties ; acide arsénieux, 2 parties ; celle de frère Côme : sang-dragon, 1 à 3 parties ; sulfure de mercure, 14 parties ; acide arsénieux, 4 parties ; celle de Boyer : cinabre, 4 grammes ; acide arsénieux, 30 centigrammes ; celle de A. Dubois : sang-dragon, 32 grammes ; sulfure de mercure, 16 grammes ; acide arsénieux.

2 grammes ; enfin, celle de Dupuytren, composée de calomel, 100 grammes ; acide arsénieux, de 1 à 2 grammes.

On a fait valoir en faveur de l'usage des caustiques différentes raisons dont nous allons discuter la valeur. Les caustiques n'exposent pas, a-t-on dit, aux hémorrhagies. En admettant, même dans toute son étendue, la vérité de cette proposition, il faut reconnaître que l'opération avec l'instrument tranchant, lorsqu'elle est bien faite, y expose en général fort peu. D'ailleurs, ne perdons pas de vue qu'il est ici question de cancers cutanés, et que la perfection de nos moyens hémostatiques doit rassurer le chirurgien. Remarquons aussi que les caustiques exigent un certain temps pour atteindre les parties profondes, que le chirurgien n'est pas toujours libre de les diriger à son gré, et que, pour que l'emploi en soit efficace, il faut que la maladie puisse être détruite par un très-petit nombre d'applications.

Une autre raison qu'on a fait valoir en faveur des caustiques, c'est qu'ils sont moins douloureux. Cette assertion est loin d'être démontrée ; à quel chirurgien n'est-il pas arrivé de constater quelquefois sur le même malade, que l'ablation d'une tumeur cancéreuse avait été moins douloureuse que l'application du caustique ? D'ailleurs, au point de vue de la douleur, l'action de ces derniers se fait ressentir beaucoup plus longtemps que celle de l'instrument tranchant.

Une troisième assertion, qui mérite un examen

tout particulier, est la suivante : la guérison par les caustiques est plus solide. S'il en était ainsi, nul doute qu'on ne dût, dans tous les cas, leur donner la préférence ; mais, si les faits sur lesquels s'appuierait cette proposition sont loin d'être démontrés, et s'il est vrai de dire qu'on a guéri par les caustiques des cancers cutanés qui avaient récidivé après l'ablation faite par l'instrument tranchant ; les exemples de récidive après le caustique ne manqueraient pas non plus ; et tous les chirurgiens pourraient apporter des faits à l'appui de ce que j'avance.

D'autre part, si l'application des caustiques détruit le mal et même la peau jusqu'au delà de ses limites, il faut convenir que l'extirpation faite avec soin peut atteindre le même but ; et que, s'il arrivait que le mal récidivât parce qu'une portion malade ou douteuse aurait été épargnée, ce ne serait point à la méthode, mais à la mauvaise exécution qu'il faudrait s'en prendre. Si maintenant nous posons ce principe, que personne ne conteste : que, pour que l'application des caustiques soit efficace, il faut qu'on puisse détruire la totalité du mal en un petit nombre d'applications, sous peine de l'irriter et le faire s'étendre aux parties circonvoisines ; nous aurons établi que les caustiques ne peuvent être appliqués aux maladies cancéreuses cutanées qui ont une certaine épaisseur ; par conséquent ils ne sauraient convenir au traitement d'un certain nombre de cancers qui se montrent sous la forme de tumeurs, que ces tumeurs soient ulcérées ou

non ulcérées. Mais si, dans le but de détruire les affections de la peau que nous venons de signaler, on nous objectait qu'on évite avec soin de porter le caustique sur la partie malade, et qu'il faut au contraire le faire agir sur une portion saine de la peau sous forme de traînée linéaire qui circonscrive la tumeur, traînée qu'on approfondit de plus en plus par de nouvelles applications caustiques et au moyen de laquelle on pratique une sorte d'énucléation de la tumeur; nous aurions à répondre que par cette méthode on arrive, plus douloureusement, plus lentement et en sacrifiant peut-être une portion trop considérable de peau saine, au même résultat qu'on obtiendrait par l'instrument tranchant; encore ne tient-on pas compte des accidents inflammatoires auxquels peut conduire cette manière d'agir; enfin, ajoutons que la perte d'une portion considérable de peau entraîne une cicatrice plus étendue.

Il faudrait, pour adopter cette méthode, qu'il fût établi d'une façon incontestable que l'opération, pratiquée avec le secours des caustiques, met plus souvent à l'abri d'une récidive : or, c'est ce que l'observation des faits n'a pas encore démontré.

On doit voir, d'après ce qui précède, que l'instrument tranchant et les caustiques peuvent être employés l'un et l'autre dans le traitement des cancers cutanés. Mais il n'est pas toujours facile de déterminer les cas qui réclament l'application de l'une ou de l'autre méthode; si la cautérisation est infé-

rieure à l'extirpation dans les cas que nous avons cités précédemment, nous pensons que dans certains cas elle mérite la préférence. Les caustiques conviennent particulièrement aux cancers de la peau qui ont reçu le nom de boutons et d'ulcères cancéreux.

Les caustiques mis en usage le plus ordinairement ont déjà été indiqués ; j'ai donné également ailleurs les raisons qui devaient faire préférer les caustiques solides aux liquides ; parmi les premiers, la potasse caustique, le caustique de M. Velpeau, le caustique de Vienne, le chlorure de zinc, et les préparations arsenicales, sont ceux qui méritent la préférence.

Potasse caustique. Cet agent thérapeutique a été mis en usage contre les cancers cutanés ; de nos jours, il est pour ainsi dire abandonné et remplacé par d'autres caustiques, tels que le chlorure de zinc et les préparations arsenicales. Le Dran rapporte dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. 3, l'observation suivante d'un cancer de la face guéri par l'application de la pierre à cautère.

Un soldat du régiment de Champagne, âgé de quarante ans, avait à la lèvre inférieure un bouton gros comme une lentille ; il sentait dans le fond une douleur vive et à la peau une démangeaison si insupportable qu'il l'écorchait souvent. Pendant six années, il alla successivement dans plusieurs hôpitaux où on le traita avec des caustiques, et son mal augmenta de manière qu'il s'y forma peu à peu un

ulcère chancreux et horrible. Enfin, il vint à Strasbourg, où feu M. Lemaire, après lui avoir fait quelques remèdes généraux, usa pendant quelques jours de topiques doux. En voyant l'inutilité, il employa pendant plus de deux mois différents caustiques pour détruire la tumeur, et malgré cela, elle ne faisait que s'accroître. Enfin, pour dernière ressource, il y mit des pierres à cautère qui produisirent une eschare très-profonde. Apparemment que ce dernier caustique porta sur toute la tumeur et la détruisit, car depuis ce jour-là l'ulcère prit une meilleure figure et guérit.

Caustique de M. le professeur Velpeau. On l'emploie dans les mêmes circonstances que le caustique de Vienne, le chlorure de zinc et les préparations arsenicales.

Caustique de Vienne. Il peut être employé sous deux formes : 1° à l'état de pâte, 2° ou solidifié par la fusion et disposé en crayon. C'est à cette dernière préparation que M. Récamier donne la préférence ; cependant, sous forme de pâte, il s'applique plus facilement aux surfaces anfractueuses ; mais il a l'inconvénient, lorsque la partie est vasculaire, de déterminer un écoulement de sang qui, en se mêlant au caustique, porte au loin son action, l'empêche d'agir convenablement sur les parties malades, et expose ainsi à atteindre ce qu'on voudrait ménager, et à ménager ce qu'on voudrait atteindre. Du reste, si son action est vive et douloureuse, elle n'est pas de longue durée, et son application détermine peu de réaction inflamma-

toire. Il peut s'appliquer sans qu'il soit nécessaire que la surface soit privée d'épiderme.

Chlorure de zinc. Ce caustique a une action plus ou moins violente, selon que pour constituer la pâte on emploie une quantité plus ou moins considérable de farine. D'après cela, on peut, jusqu'à un certain point, déterminer l'épaisseur de l'eschare ; cependant, il est nécessaire de remarquer que l'état maladif des tissus fait un peu varier ces résultats. Ajoutons que son application est très-douloureuse et qu'il se moule difficilement sur les surfaces anfractueuses ; il faut, pour qu'il puisse agir, que la partie sur laquelle on l'applique soit dépouillée d'épiderme.

Préparations arsenicales. J'ai énuméré ailleurs celles qui sont le plus en usage. M. Manec, qui, dans ces derniers temps, a eu de fréquentes occasions d'employer ce caustique pour la destruction des maladies cancéreuses, se sert de la poudre du frère Côme, et il procède dans son application de la manière suivante : après avoir formé une pâte homogène, consistante, en ajoutant quelques gouttes d'eau, il en place sur la partie malade une couche de l'épaisseur de 3 à 4 millimètres et d'une largeur qui s'étend rarement au delà de 2 centimètres carrés, quelle que soit la forme du cancer, qu'il y ait ulcération ou végétation considérable, car, suivant M. Manec, la pâte n'attaque que les parties dégénérées. Une fois l'application faite, on recouvre le caustique d'un morceau d'amadou mouillé qui doit adhérer intimement. Lorsque le cancer est trop

étendu pour pouvoir être détruit en une seule fois, M. Manec, au bout de quatre ou cinq jours, quelquefois plus, fait une nouvelle application en tous points semblable à la première, mais il attend toujours, avec le plus grand soin, l'élimination de l'arsenic absorbé. Par ce moyen il n'a jamais eu, dit-il, à redouter un seul accident. Nous avons vu, à la Salpêtrière, plusieurs malades qui avaient été soumises à ce traitement pour des boutons ou ulcères cancéreux de la face ; sur un certain nombre, la maladie n'avait point récidivé.

Cette manière de se servir de la pâte arsenicale ne me paraît pas différer de la méthode ordinaire ; quant à l'explication par laquelle M. Manec cherche à interpréter les guérisons qu'il a obtenues, en disant que la pâte attaque seulement les parties dégénérées, c'est une assertion qui ne serait acceptable qu'après démonstration. Quelques chirurgiens ont l'habitude, à moins que la partie ne soit très-mince, de faire avec l'instrument tranchant l'abrasion de la partie malade, et, lorsque l'écoulement du sang, en général peu abondant, est arrêté, deux partis se présentent : ou appliquer la pâte arsenicale aussitôt, ou bien, mettant à profit les sages exemples du professeur Antoine Dubois, attendre que la suppuration soit établie à la surface de la solution de continuité ; cette manière de faire est celle que nous adoptons. Soit qu'on recouvre ensuite la surface d'agaric, d'une toile d'araignée, ou qu'on la laisse à l'air libre, elle se dessèche, forme une croûte brune constituée par le caustique et par l'eschare ;

elle reste adhérente, et ne tombe guère que du quinzième au trente-cinquième jour, et quelquefois au delà. A la chute de l'eschare, il reste une plaie qui doit être conduite à la cicatrisation par le moyen ordinaire; ou bien, à mesure que l'eschare se détache de la circonférence au centre, la cicatrisation s'opère de la circonférence au centre aussi, pendant que l'eschare adhère encore à la partie centrale de la plaie. Si la surface malade était trop étendue, nous croyons qu'on devrait imiter la conduite de M. Manec et faire plusieurs applications successives; il en serait de même si à la chute de la première eschare il restait encore des parties malades.

Les préparations arsenicales doivent être proscrites du traitement des maladies cancéreuses voisines de la bouche, dans la crainte que l'arsenic ne soit entraîné dans les voies digestives.

En dehors de son action caustique, l'arsenic agit-il, ainsi qu'on l'a pensé, comme un modificateur des parties voisines? nous ne pouvons le constater. Si nous lui donnons la préférence sur les autres caustiques dans les cas que nous avons déterminés, ce n'est pas que nous soyons convaincus de la vérité de cette opinion, mais bien à cause des nombreux succès qu'il a obtenus à différentes époques. On a encore attribué comme avantage aux préparations arsenicales de laisser, après la chute de l'eschare, des cicatrices plus blanches et plus régulières que celles que produisent les autres caustiques.

Disons, toutefois, en terminant, qu'il ne met pas, d'une manière certaine, à l'abri des récidives, et qu'il n'arrête pas constamment les progrès du mal contre lequel on l'applique. Ajoutons qu'il faut aussi prendre garde à l'empoisonnement.

Un agent que je rangerai parmi les caustiques, et que je ne puis qu'indiquer, est celui que j'ai mentionné dans l'observation que je dois à M. Récamier ; je veux parler de l'action de la pile appliquée à un cancer cutané pour en escharifier la surface, la douleur qui suivit son application et le peu de succès de cet agent n'engageront pas, sans doute, à l'essayer de nouveau, mais je ne devais pas le passer sous silence.

Ablation par l'instrument tranchant. D'après ce que nous avons dit dans les articles précédents, il est facile de voir pour quel cas nous réservons l'instrument tranchant.

Dans l'ablation ou l'extirpation des cancers cutanés, cette manière d'opérer convient presque exclusivement aux cancers cutanés à base large, à ceux qui, ayant commencé par la peau, ont pénétré profondément dans les tissus sous-jacents, à ceux qui se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins lobulées, à ceux enfin qui, se montrant sous forme de plaques, occupent une portion très-étendue du système tégumentaire. L'excision, combinée avec d'autres méthodes, la cautérisation en particulier, aide puissamment l'application de l'autre moyen. Je ne puis tracer ici les règles qui doivent présider à ce genre d'opération ; on com-

prendra aisément que chaque cas particulier entraîne des modifications dans le manuel opératoire. Je dirai que tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il faut cerner la maladie par des incisions faites de dehors en dedans; que d'autres fois, par exception, on peut, à l'exemple de M. Velpeau, soulever des portions de téguments malades assez étendues, et les enlever en glissant à plat au-dessous d'elles un couteau qui, coupant de dedans en dehors alternativement des deux côtés de la tumeur, la sépare des parties saines; que d'autres fois, enfin, c'est en se servant exclusivement ou alternativement des ciseaux et du bistouri qu'on parvient à énucléer et à extirper les cancers cutanés.

Quels que soient le procédé et l'instrument dont on fait usage, il faut apporter la plus scrupuleuse attention à ne laisser dans la plaie aucune partie malade. On doit d'autant moins ménager la peau qui présenterait le plus léger caractère douteux qu'elle est le point de départ de la maladie. Le doigt autant que l'œil aide dans cette recherche minutieuse pour faire justice de toutes les parties qui, par leur coloration, leur consistance ou leur élasticité, s'éloigneraient des conditions normales.

Enfin, dans quelques cas, lorsque le cancer cutané occupe un des membres et qu'il a jeté des racines profondes, il ne reste qu'une ressource pour arrêter la maladie, c'est l'amputation de ce membre.

Autoplastie. Un moyen qui promettait de prévenir la reproduction des cancers, après leur ablation, ne pouvait manquer d'attirer l'attention de

tous les chirurgiens. Aussi, lorsqu'en 1835, M. Martinet (de la Creuse) vint faire connaître les résultats que lui avait donnés l'autoplastie, comme moyen prophylactique de la récidive du cancer, ses idées furent-elles accueillies d'abord avec empressement, on peut même dire avec une certaine faveur; cependant une question de cette nature ne pouvait recevoir sa sanction que du temps et de l'expérience. Déjà, en 1836, M. Blandin (*De l'Autoplastie*, thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale; Paris, 1836) exprimait ainsi ses doutes : « Une ère nouvelle va-t-elle s'ouvrir pour la thérapeutique du cancer? l'autoplastie, enfin, est-elle chargée de résoudre cet important problème? Je suis loin de l'assurer, car je suis du nombre de ceux qui pensent que rien n'est long, que rien n'est difficile comme la production d'une vérité clinique, et la doctrine que j'annonce repose encore sur trop peu de faits pour qu'elle puisse avoir les caractères de chose démontrée. » Puis après, avoir rapporté les quatre observations de M. Martinet, il terminait ainsi : « Il est bien clair, je le répète, que l'observation peut seule prononcer en dernier ressort sur le mérite de l'ingénieuse application de l'autoplastie, qui est due à M. Martinet. »

Cependant, un très-petit nombre de chirurgiens répondirent à l'appel qui leur était fait, et lorsque, en 1840, M. Laugier (*Bulletin chirurgical*, janvier 1840) voulut apprécier la valeur de l'autoplastie, appliquée à la cure radicale des cancers, la science ne possédait encore, à cette époque, que les quatre

observations de M. Martinet, et quelques faits publiés ultérieurement par M. Blandin et M. Ch. Philips, de Liége. Nous ne reproduirons pas ici, dans ses détails, la critique à la fois sévère et judicieuse qui fut faite par deux de nos compétiteurs, MM. Laugier et Robert; les principales objections peuvent se résumer dans les propositions suivantes.

Dans la première observation, il s'agit d'un malade qui portait un champignon cancéreux de l'aile gauche du nez, il y eut récidive le troisième jour après l'opération ; une seconde extirpation suivie d'autoplastie eut un heureux résultat... Ce fait prouve-t-il l'influence prophylactique de l'autoplastie ?... Personne, je le pense, n'en tirera cette conclusion. La récidive qui suivit la première opération indique seulement que l'extirpation avait été incomplète. Quant à la guérison qui suivit la seconde opération aidée de l'autoplastie, elle ne paraîtra surprenante à aucun chirurgien, car on sait que les cancers cutanés de la face sont ceux qui exposent le moins à la récidive. Le même raisonnement est applicable à l'observation de M. Blandin : aussi ce chirurgien, qui avait opéré son malade quatre ans avant la publication du mémoire de M. Martinet, n'a-t-il pas pensé à attribuer son succès à l'autoplastie, qu'il a appliquée d'une manière si heureuse dans cette circonstance.

Les trois autres observations sont relatives à deux cancers du sein, et à une tumeur de la face qui envoyait des prolongements profonds entre les muscles ptérygoïdiens, et même jusqu'à l'apophyse

transverse de la troisième vertèbre cervicale ; dans ces trois cas, une première opération fut suivie de récidive : on eut alors recours à une nouvelle extirpation, à la cautérisation, soit avec le cautère actuel, soit avec les caustiques ; à la rugination des os ; puis un lambeau emprunté aux parties voisines fut ramené vers la plaie pour combler la perte de substance.

A l'époque où M. Martinet publiait ces faits, trois ans après avoir pratiqué son opération, il n'y avait pas eu de reproduction du cancer. Faut-il attribuer cet heureux résultat à l'autoplastie? Nous ne le pensons pas; on sait, en effet, qu'on a obtenu, après une seconde et même une troisième extirpation, la guérison d'un cancer qui avait récidivé une et deux fois. Remarquons, en outre, que cette absence de récidive n'a été constatée que trois ans après l'opération; encore, une des malades était-elle morte, deux ans et demi après avoir été opérée, d'une maladie étrangère au cancer; or, le temps qui s'est écoulé après ces opérations n'est pas assez considérable pour qu'on soit en droit de considérer les faits que nous venons d'analyser comme différant de ceux que la pratique nous montre journellement. Les remarques que nous venons de faire sur les observations de M. Martinet sont également applicables à celles de M. Philips.

L'opinion que nous venons d'émettre sur l'influence que peut exercer l'autoplastie nous dispense de discuter les explications plus ou moins ingénieuses qui ont été inventées pour rendre compte

de son action; nous pensons avec M. Laugier que le lambeau qu'on emprunte aux parties voisines ne s'applique pas, et ne peut pas s'appliquer à toute la surface en suppuration : ainsi, par exemple, dans la quatrième observation de M. Martinet, le lambeau put-il s'enfoncer dans l'anfractuosité où s'engageait la tumeur : entre les ptérygoïdiens, et même jusqu'à l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale? Non, certainement. Il en est de même dans tous les cas où l'on applique un lambeau sur une plaie anfractueuse; ce lambeau ne peut donc exercer aucune influence sur les parties profondes. Le but que se proposent les partisans de l'autoplastie, c'est-à-dire de modifier la vitalité des tissus limitrophes de la tumeur, en les mettant en contact avec une portion de téguments qui va entrer avec eux en communauté vasculaire et nerveuse, ne saurait donc être atteinte que d'une manière très-incomplète.

Si à ces raisons l'on ajoute que bien des fois la récidive se manifeste, non pas dans la cicatrice, mais à une certaine distance, précisément sur cette partie du tégument que l'on aurait pu utiliser pour en former un lambeau autoplastique, on sera, je pense, très-éloigné de considérer la méthode de M. Martinet comme étant douée de la précieuse prérogative de conjurer le retour du cancer.

Mais ce n'est pas là précisément la question que nous devons résoudre, nous devons surtout nous attacher, d'après l'énoncé de notre thèse, à déterminer dans quelles limites l'autoplastie peut être utilisée

dans le traitement des cancers cutanés. Or, son utilité nous paraît se rapporter à trois chefs principaux : 1° la durée de la cicatrisation de la plaie consécutive à l'opération ; 2° la réparation d'une difformité ; 3° le rétablissement de la fonction de l'organe lésé. Ces deux derniers points seront traités avec les détails qu'ils comportent dans l'article que nous avons consacré au cancer de la face. Nous n'examinerons ici que l'influence qu'elle peut exercer sur la durée de la cicatrisation.

Nous avons plus d'une fois signalé la tendance que présentent d'ordinaire les cancers à s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur. Il résulte de cette disposition, que le chirurgien est souvent obligé de faire éprouver aux téguments une perte de substance considérable, qui ne peut être recouverte par la peau des parties voisines, surtout lorsque celle-ci ne jouit que d'une faible mobilité, ainsi que cela s'observe au nez, au front et aux lèvres. Une cicatrice doit alors se former de toute pièce à la surface de la plaie, et ce travail exige quelquefois un temps assez long. L'autoplastie, en permettant d'adapter à la perte de substance un lambeau qui se réunit immédiatement avec le fond et les bords de la plaie, abrége beaucoup le temps de la cicatrisation. C'est ainsi que nous voyons M. Martinet obtenir en dix-sept jours la guérison d'une plaie de l'aile du nez, dont la cicatrisation se faisait atendre depuis plus de deux mois.

Traitement intérieur et palliatif. — S'il s'agissait ici de passer en revue tous les remèdes qu'on a es-

sayés à l'intérieur contre le cancer, on aurait une liste interminable : cela même prouve l'inefficacité des moyens employés. Plus une maladie échappe à nos moyens thérapeutiques, plus on voit se succéder et s'accumuler les propositions de médicamentations nouvelles. A ce titre, le cancer est singulièrement riche ; mais, dans tout cela, il n'y a rien sur quoi le malade et le médecin puissent compter. Qui aujourd'hui se promettrait quelque-chose de la ciguë, tant vantée naguère ? Quelle confiance accorder à l'arsenic, à l'iode, au mercure ? Altérer la constitution par quelqu'un de ces moyens était sans doute une tentative à faire ; mais la tentative a été faite, et malheureusement le succès a manqué. Tout traitement général a donc été trouvé impuissant : les cas de guérison cités ou sont des hasards, ou appartiennent sans doute à d'autres affections que le cancer. Il ne faut, je pense, se faire aucune illusion à cet égard : la thérapeutique interne n'a encore aucune arme contre le cancer.

Quand le cancer en est arrivé au point de n'être plus opérable, alors le chirurgien n'a qu'à essayer de pallier tant l'affection locale que l'affection générale qui en est inévitablement la suite. C'est là une des tâches les plus pénibles de l'homme de l'art, pénible surtout parce qu'elle est infructueuse et qu'elle se prolonge si souvent d'une façon désespérante. La thérapeutique n'a plus qu'à atténuer, autant que faire se peut, les souffrances qui résultent de la destruction des parties, qu'à sou-

tenir les forces qui de jour en jour vont en diminuant, qu'à soulager surtout les cruelles douleurs auxquelles les patients sont en proie. Les narcotiques, à doses croissantes, sont le seul refuge du patient qu'ils arrachent par moments au sentiment de ses maux.

CANCER CUTANÉ DE LA FACE.

Le cancer cutané de la face peut en occuper indistinctement toutes les régions; on peut dire cependant, d'une manière générale, qu'il a plus fréquemment son siége sur les lèvres, le nez, les paupières, quoiqu'il ne soit pas rare de le rencontrer dans la région des joues et de la parotide.

Si l'on considère la fréquence de ces cancers cutanés de la face relativement aux autres points du corps, ils paraissent affecter pour elle une prédilection particulière. C'est surtout à la lèvre inférieure qu'on l'observe, si bien que Gault dit l'avoir rencontré, en suivant la clinique de Desault, cinquante fois, sur une fois celui de la lèvre supérieure.

Desault, Chopart, Boyer, Sabatier, sont unanimes à reconnaître cette vérité. Les ailes du nez n'en sont pas moins dans quelques cas le point de départ d'un cancer cutané qui s'étend un peu vers la lèvre supérieure; mais c'est surtout dans le sillon qui sépare l'aile du nez de la joue qu'il se développe. Un cancer de la peau dans la région parotidienne peut aussi atteindre le lobule et détruire une plus

ou moins grande partie du pavillon de l'oreille.

Comme dans toutes les autres régions du corps, les causes efficientes de ces cancers sont le plus souvent inconnues.

Faut-il accuser l'action d'un instrument tranchant, d'un corps contondant, et quand les mêmes agents ne donnent lieu chez quelques individus qu'à une lésion passagère qui tend sans cesse vers la guérison, si des circonstances étrangères n'en contrarient la marche naturelle? ou bien faut-il, pour expliquer la production de cette maladie, avoir recours à un état particulier de l'économie, dont nous avons parlé précédemment, et qui n'attendait qu'un excitant pour se traduire au dehors? Toujours est-il que l'observation a démontré que des cancers cutanés de la face ont apparu à la suite d'excitations répétées.

Je citerai le cas rapporté par Lassus d'un homme qui, après avoir été souvent mordu à la lèvre inférieure par des pigeons qu'il nourrissait en soufflant des graines dans leur bec, eut un cancer de cette lèvre.

M. le professeur Roux a longuement insisté sur l'action irritante que cause la température élevée de pipes à tuyau très-court.

D'autres fois, comme nous avons déjà eu occasion de l'indiquer, la maladie a débuté sous la forme d'une verrue que les malades ont tourmentée, excoriée par des attouchements fréquents. ou bien c'est un ulcère simple qui a dégénéré à la suite d'irritations prolongées.

Nous n'avons rien à signaler relativement à l'anatomie pathologique des cancers cutanés de la face; nous dirons seulement que c'est surtout dans cette région qu'on a eu l'occasion d'étudier ces squirrhes sous forme de grains et de tubercules, dont nous avons fait la description, et ces tumeurs que l'on a rangées parmi les tumeurs épidermiques, les tumeurs bénignes. Toutes les particularités anatomiques qui s'y rattachent sont comprises dans les généralités qui nous ont déjà occupé. La variété la plus commune dans les cancers cutanés de la face est donc le squirrhe; l'encéphaloïde vient ensuite.

Les cancers de la peau de la face se développent, comme partout ailleurs, sous deux formes bien différentes, celle de tumeur et celle d'ulcère. Nous allons en présenter successivement l'histoire générale sous le point de vue de leur origine, de leur diagnostic, de leur marche et de leur terminaison, en ajoutant quelques particularités relatives au traitement.

Tumeurs. — Les tumeurs cutanées cancéreuses de la face débutent, comme partout ailleurs, tantôt par une tuméfaction vague, dure, qui, selon Boyer, n'est jamais recouverte de poils, tantôt par une verrue qui s'excorie et finit par s'ulcérer. Cette dernière variété appartiendrait aux tumeurs épithéliales, selon M. Lebert.

Souvent plusieurs de ces productions se développent à la fois, et se trouvent rapprochées les unes des autres.

Le squirrhe cutané de la face devient parfois le siége d'une rétraction qui a été signalée aussi pour d'autres organes. Cette rétraction a pour effet de rider, de plisser les téguments restés sains autour de la maladie, et, quand le cancer s'est développé dans le voisinage d'une partie mobile, celle-ci peut être attirée et déviée de sa position naturelle : c'est ainsi que se produit quelquefois l'ectropion dans les cas de cette espèce.

La tumeur cutanée cancéreuse peut causer de la même manière une simple déviation du point lacrymal; de là un épiphora consécutif. C'est encore par ce mécanisme que, dans la région parotidienne, le cancer cutané entraînera le lobule du pavillon ou l'antitragus en avant, et que l'ouverture des narines dans le cancer de l'aile du nez pourra être déformée. La tumeur a-t-elle au contraire son siége sur le bord libre d'une membrane, elle se développe librement dans le sens où elle n'éprouve point de résistance, et les orifices naturels que circonscrit la membrane sont altérés dans leur forme ou rétrécis. Ainsi, se trouve modifiée la ligne sinueuse que forment les deux lèvres rapprochées l'une de l'autre; ainsi disparaît l'harmonie des deux courbes qui dessinent l'ouverture des paupières. Quant aux caractères physiques de la tumeur cutanée cancéreuse de la face, elle ne revêt aucune modification due à la région, c'est-à-dire que, comme partout ailleurs, elle est verruqueuse ou sessile ou pédiculée, dure, lancinante, etc.

Les cancers cutanés de la face peuvent être con-

fondus avec diverses autres affections qui ont avec elle des degrés de ressemblance variable, suivant les parties de la face qui sont atteintes du mal. Aux lèvres comme dans les régions parotidiennes et palpébrales, une tumeur inflammatoire ne saurait longtemps en imposer; car la marche de la maladie, la tuméfaction qui en est la suite, l'augmentation de température, etc., mettront facilement sur la voie du diagnostic.

Aux lèvres, comme aux paupières, dans la région parotidienne comme dans celle du nez, dans toutes les parties de la face en un mot, des tumeurs érectiles pourraient imiter la tumeur cancéreuse, si leur couleur, si leurs pulsations, si leur affaissement sous la pression sur le trajet des vaisseaux, selon qu'elles ont un caractère artériel, veineux ou mixte, n'établissaient en général un signe différentiel d'une grande valeur.

Enfin des kystes pourraient être confondus avec la tumeur cancéreuse de la peau des paupières, sans la mollesse, la mobilité du kyste qui glisse sous la peau, laquelle a conservé d'ailleurs sa souplesse et sa couleur normales.

Mais il est des tumeurs sébacées qui pourraient être, et qui ont été prises pour des tumeurs cutanées cancéreuses.—Un malade portait à la lèvre inférieure une tumeur qui, s'étant enflammée et ulcérée, avait assez bien l'aspect du cancer. Une incision est pratiquée sur elle, et il sort par l'ouverture de la matière sébacée. C'était un follicule dont le goulot avait été oblitéré, et qui s'était rempli du pro-

duit de la sécrétion de sa poche. (Blandin, *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques,* t. 2, p. 78.) Dans toutes les régions de la face, les mêmes phénomènes peuvent se présenter. Le *chalazion* ou *grêlon,* cette tumeur qui a été comparée à un grain de grêle, et qui se présente sur le bord libre des paupières, dépasse rarement le volume d'un petit grain de riz et se présente sous la forme d'un corps blanc, qui ne cause aucune souffrance, et que beaucoup de personnes conservent toute leur vie, sans y faire attention. Le cancer cutané des paupières offre une couleur différente, est bosselé, peut acquérir un volume bien plus considérable, n'occupe pas le même siége.

Il est enfin des tumeurs concrètes, dures, comme crétacées, d'autres qui sont fibreuses, qu'il sera facile de distinguer du cancer dans les régions palpébrales et parotidiennes.

De toutes les tumeurs cutanées de la face, celles qui embarrasseraient le plus le chirurgien sont assurément les tumeurs syphilitiques.

Dans des cas analogues, il faudrait, comme le fait judicieusement observer M. Roux, avoir égard au siége de la tumeur, car, si elle était sur la lèvre supérieure, ce serait déjà une présomption de croire que la maladie n'est pas un cancer; à l'âge, au sexe de la personne atteinte de l'affection, car les tumeurs cutanées cancéreuses des lèvres sont rares chez les femmes, extrêmement rares dans les premiers temps de la vie; à l'état des parties génitales, car la moindre trace de syphilis pourrait

mettre sur la voie; enfin à l'emploi de la médication mercurielle, qui fait disparaître la maladie si elle est de nature syphilitique, qui ne la modifie pas si elle est cancéreuse.

La marche des tumeurs cancéreuses de la face revêt quelquefois l'apparence d'une insidieuse bénignité; on a vu des tumeurs rester longtemps stationnaires, jusqu'à ce qu'une cause étrangère fût venue déterminer une irritation : c'est alors qu'il s'opère, dans quelques cas, une légère desquamation de la peau qui est le point de départ de l'ulcération. D'autres fois, le centre de la tumeur se ramollit, éprouve une solution de continuité, et désormais la marche de l'affection sera bien plus rapide, car l'ulcération reste rarement stationnaire au même degré que l'était la tumeur. Enfin, ce sont quelquefois des gerçures, des crevasses, qui annoncent les progrès de la maladie. Il suinte de ces fentes une sérosité roussâtre, qui s'épaissit en une croûte jaunâtre. Le malade y porte incessamment la main, irrite la surface mise à nu; de nouvelles croûtes se forment, et sous elles s'accumule une sanie dont la quantité augmente de jour en jour : c'est alors que la tumeur cancéreuse est devenue un ulcère cancéreux, l'ulcère chancreux de la face.

Ulcères.—Rarement primitive, l'ulcération cutanée de la face est habituellement la suite des phénomènes que nous venons d'indiquer.

Les caractères que nous avons assignés plus haut aux ulcères chancreux de la face ne permettent pas oujours de les distinguer aisément de quelques

autres, et, en particulier, des ulcères scrofuleux, dartreux et syphilitiques.

L'ulcération simple, celle qui est le résultat d'une brûlure, d'une plaie, guérit, en général, assez vite, quand aucun obstacle ne vient entraver la guérison. Il n'en est pas de même de l'ulcère scrofuleux, de la dartre rongeante, ou lupus. Les différences se tirent de l'âge, du nombre des tumeurs qui ont précédé l'ulcération, de la douleur, de la marche de l'affection, et, enfin, des produits sécrétés.

L'ulcération cancéreuse de la peau de la face ne se manifeste, en général, que dans un âge avancé; il est rare que le lupus se développe à cette période de la vie. Les tumeurs qui ont précédé la formation de l'ulcère ont été plus nombreuses quand il s'agit d'un lupus que quand il s'agit du cancer; fréquente dans les cas de cancer cutané de la face, la douleur est rare dans le lupus. La tuméfaction des lèvres, des ailes du nez, la tuméfaction des ganglions, un teint pâle, des chairs flasques, indiqueront assez que certaines ulcérations cutanées de la face sont de nature scrofuleuse, surtout si elles ont leur siége à la base du nez, sur la lèvre supérieure, car c'est là leur siége de prédilection.

Les ulcérations syphilitiques de la face ne diffèrent pas de celles qui se trouvent sur les autres régions du corps : aussi les caractères qui les distinguent des ulcérations cancéreuses sont les mêmes que ceux qui ont été déjà signalés. Mais il est important de noter qu'aux lèvres le chancre induré peut donner lieu à des erreurs. Celui-ci se présente sous l'aspect

d'une ulcération d'un gris jaunâtre, fournissant une suppuration peu abondante, ayant pour base une induration comme cartilagineuse, quelquefois bien bornée, surtout dans les premiers temps de son existence, et s'entourant parfois ensuite d'un engorgement œdémateux qui se perd sur les parties voisines. Cette induration a une marche infiniment plus rapide que celle du squirrhe, elle est toujours précédée de l'ulcération, tandis que, à part les ulcérations simples qui dégénèrent, l'induration dans le squirrhe existe dès le début.

Malgré ces caractères distinctifs, le diagnostic peut encore offrir d'assez grandes difficultés et n'être éclairci que par le traitement antisyphilitique.

Le pronostic du cancer cutané de la face a la même gravité que celui des autres régions; il est en outre plus fâcheux à cause de la difformité qu'il détermine et de la gêne qu'il peut apporter dans l'exercice des fonctions des organes sensoriels. Toutefois une circonstance signalée dans ce pronostic, c'est la lenteur remarquable avec laquelle le cancer se développe quelquefois.

Des malades atteints d'un cancer de ce genre ont pu vivre encore longtemps avec le mal qui était resté chez eux tout à fait stationnaire. Nous devons dire aussi que les ganglions sous-maxillaires et parotidiens ne s'engorgent que plus tardivement dans cette région.

Est-il vrai que les récidives soient moins fréquentes après l'ablation des tumeurs cutanées can-

céreuses de la face que dans les autres points du corps?

Cette proposition aurait besoin, pour atteindre le caractère de vérité démontrée, d'être soumise à l'épreuve d'une longue observation et d'une statistique éclairée. Nous admettons plus volontiers que, pendant le développement des cancers cutanés, les viscères ne sont point atteints de cancer diathésique.

Traitement. — Les divers agents que possède la thérapeutique ne sont pas tous également utiles dans le traitement des cancers cutanés de la face. Les caustiques liquides auraient ici l'inconvénient d'atteindre, en raison même de leur fluidité, les organes voisins si délicats en général, et dont l'intégrité est nécessaire à l'exercice de certains sens : aussi sont-ils peu employés ; ce n'est que dans les points les plus éloignés de ces organes qu'ils peuvent être mis en usage, et cela avec beaucoup de ménagement.

Le cautère actuel trouverait peut-être ici une heureuse application ; mais ce sont surtout les diverses pâtes caustiques que l'art possède qui ont le plus d'avantage : telles sont le chlorure de zinc, le caustique de Vienne, la pâte arsenicale du frère Côme, le caustique noir de M. Velpeau. Tous ces caustiques ont l'avantage d'agir sur les parties mêmes qu'ils touchent sans s'étendre aux tissus voisins. On peut donc suivre tous les contours du mal, sans courir le danger de causer après la chute du cancer une cicatrice beaucoup plus étendue que le mal ne

l'était lui-même. En général, cette application n'est point suivie de l'inflammation phlegmoneuse des parties voisines comme l'est quelquefois celle du cautère actuel.

Quand la dégénérescence a envahi une certaine partie des membranes qui se trouvent dans la région de la face, l'ablation des cancers peut être aisément pratiquée au moyen d'incisions soit courbes, soit en V, soit au moyen de plusieurs lignes combinées. Un procédé mixte, composé de l'emploi de l'instrument tranchant et des caustiques, consiste à n'appliquer les derniers qu'après que le cancer a été enlevé; la pâte arsenicale du frère Côme, appliquée immédiatement après l'action de l'instrument tranchant, sur les tissus encore saignants, a pu déterminer des symptômes d'empoisonnement, résultat de l'absorption de l'acide arsénieux par les vaisseaux : aussi a-t-on conseillé de ne l'appliquer que vers le quatrième ou le cinquième jour, après la section des parties, alors que la suppuration s'est établie et empêche l'absorption des substances placées sur la couche des bourgeons charnus; les autres caustiques, qui ne présentent pas les mêmes inconvénients, n'exigent pas les mêmes précautions.

C'est surtout dans la région de la face que l'on peut avoir recours à l'autoplastie après l'ablation des tumeurs cancéreuses. Ainsi, quand une partie considérable de l'une des paupières ou des deux paupières doit être enlevée, l'œil, mis à découvert par l'ablation de ses moyens de protection, devient

d'abord le siége d'une difformité choquante ; en outre, exposé continuellement aux irritants extérieurs, il pourra s'enflammer, devenir le siége de douleurs vives, et plus tard la perforation de la cornée et la perte de l'organe pourraient être la conséquence de l'opération. La blépharoplastie, dans ce cas, a donc pour objet, comme nous le disions plus haut, de remédier à la difformité et de servir à la conservation des fonctions. L'autoplastie, dans cette région, prend le nom de *blépharoplastie,* et on l'exécute par un certain nombre de procédés qui tous se rattachent à la méthode indienne, et dont il n'entre pas dans mon sujet de présenter les détails. Je dirai seulement que, dans plusieurs cas, et particulièrement dans ceux que M. Laborie a empruntés à la pratique de M. Jobert (*Gazette médicale*), la blépharoplastie a eu des résultats avantageux.

Notons cependant que, dans ces cas d'ablation des paupières, la nature peut quelquefois se suffire à elle-même, et réparer, sans perte notable des fonctions, la solution de continuité qui a été faite. C'est, au moins, ce qui ressort d'un cas remarquable, publié par M. Gerdy.

Néanmoins, si la perte de substance était très-étendue, je pense qu'il serait prudent de la réparer immédiatement par la blépharoplastie.

Pour la région nasale, l'ablation d'une tumeur un peu volumineuse réclame également une autoplastie, au moyen de laquelle on corrige d'abord un peu la difformité ; la rhinoplastie a même eu, dans

le fait cité plus haut, de M. Blandin, l'avantage de favoriser le rétablissement de l'odorat, que la destruction cancéreuse avait fait perdre.

L'autoplastie trouve enfin une application beaucoup fréquente dans le cancer des lèvres, et ici encore elle corrige une difformité et conserve une fonction utile, en s'opposant à l'issue continuelle de la salive au dehors. Mais tandis que, dans les régions précédentes, l'anaplastique empruntait ses procédés à la méthode indienne, dans celle dont il s'agit maintenant, elle les emprunte surtout à la méthode par glissement, dite méthode de Celse.

CANCER CUTANÉ DE LA VERGE.

Le cancer cutané de la verge doit être examiné d'une manière spéciale, parce que sa connaissance a des conséquences pratiques d'un grand intérêt.

Il me paraît difficile de ne pas comprendre dans le cancer cutané de la verge celui qui se développe sur le prépuce, bien que ce soit presque constamment par la face interne du prolongement cutané qu'il commence, et que cette surface peut être considérée comme une muqueuse; mais il en est de ce cancer comme de celui des lèvres, dans lequel on ne saurait dire laquelle des deux membranes a été primitivement affectée.

Il débute souvent par un tubercule squirrheux ou par une verrue à l'état sec; mais le plus souvent ce n'est que quand l'ulcération est déjà produite

qu'on l'observe. Il peut être la suite d'une inflammation eczémateuse chronique du prépuce, qui a amené l'épaississement, l'induration et finalement la dégénérescence cancéreuse, soit que cette inflammation tienne à un vice général, soit qu'elle vienne du contact de la matière sébacée, retenue et amassée sous le prépuce. Mais la cause, sans contredit, la plus fréquente est l'existence du phimosis, accompagné ou non d'adhérences du prépuce au gland. Dans l'immense majorité des observations de cancer de la verge, rapportées par les auteurs, cette cause est indiquée, et, si elle favorise également le développement du cancer sur le gland, c'est néanmoins plus souvent alors qu'il commence par le prépuce ; ce que l'on s'explique facilement, puisque, pendant l'érection, le gland distend le prépuce, qui peut être assez étroit pour souffrir de cette distension, et que, dans le coït, il résiste à l'effort que fait le gland pour le franchir ; il en résulte des tiraillements, des déchirures du limbe du prépuce et un état de phlogose souvent renouvelée, qui finit par dégénérer. Sur douze cancers de la verge, opérés par Hey (W. Hey, *Practical observations*), neuf fois il y avait phimosis congénital ou accidentel. Dans ces neuf cas, cinq fois la maladie était bornée au prépuce, quatre fois le gland y prenait part dans une plus ou moins grande étendue, mais consécutivement.

M. Roux, dans la relation de son voyage à Londres (p. 306), insiste beaucoup à propos des observations de Hey, sur cette circonstance du phimosis

et sur la nécessité de fendre ou de reséquer le prépuce, pour en éviter les conséquences possibles.

Le cancer peut n'être pas borné à la portion libre du prépuce et se prolonger sur toute la peau du pénis, sans que les tissus sous-jacents y participent; il se passe alors ce que l'on voit dans les tumeurs éléphantiasiques, au-dessous desquelles on trouve le gland et les corps caverneux à l'état normal : il semble qu'un tissu différent forme barrière à la propagation du mal. Lisfranc rapporte, dans sa *Clinique chirurgicale*, t. 1, p. 116, deux observations, où il enleva tous les téguments dégénérés de la verge, et trouva au-dessous les corps caverneux intacts : aussi conseille-t-il de faire toujours une dissection attentive de la tumeur avant de se décider à sacrifier tout le membre, recommandation déjà faite par quelques auteurs, qui donnent le précepte de toujours fendre la peau du pénis avant d'en venir à l'amputation; des tumeurs, des excroissances et des ulcères du prépuce pouvant faire croire à des chirurgiens inexpérimentés, que la substance du gland est le siége de ces altérations, tandis qu'on le trouvait sain au milieu de ce désordre.

Quand la maladie occupe la face interne du prépuce, l'existence du phimosis, l'impossibilité de mettre les surfaces malades à découvert, ont dû souvent être cause d'erreurs : on a pu prendre pour un cancer une induration herpétique de la surface interne du prépuce, avec d'autant plus de facilité que, comme le cancer, elle est le siége de douleurs

et de démangeaisons, et qu'elle donne lieu à un écoulement souvent très-fétide.

Dans les cas où la surface malade peut être mise ou non à découvert, un chancre induré, occupant le prépuce, peut aussi en imposer pour un cancer, d'autant qu'ici l'induration n'est pas aussi bien circonscrite que dans les chancres du gland; qu'elle est diffuse et qu'elle semble occuper une grande partie du repli cutané. Le temps depuis lequel l'affection existe, les antécédents, les aveux du malade, peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic.

Lorsqu'un chancre a disparu, il reste quelquefois dans la partie sur laquelle il siégait un engorgement œdémateux qui peut être pris pour un squirrhe. Quelquefois aussi, du centre d'une surface à cet état d'induration, il s'élève de petites fongosités, ou bien il y a transformation du chancre en plaque muqueuse. M. Ricord, dans ses notes à l'ouvrage de Hunter, dit avoir vu, par suite de ces erreurs, amputer quelques verges qu'on aurait sauvées en y regardant de plus près.

Il est encore une espèce de chancre syphilitique avec lequel on pourrait confondre le cancer cutané et non végétant de la verge, c'est l'ulcère phagédénique, qui s'étend plus ou moins rapidement sur les parties environnantes, et suivant une marche très-inégale, dont la forme est très-irrégulière, qui se guérit sur un point en même temps qu'il s'étend sur un autre, dont l'ulcération laisse voir quelques parties centrales où la cicatrisation a lieu.

Ce chancre détruit la peau dans une grande étendue, il la dissèque et la décolle des parties sous-jacentes. Sa durée est très-longue, et il conserve pendant fort longtemps sa propriété contagieuse.

Certains cancers fongueux du prépuce sont très-volumineux; Hey (obs. 6) en a enlevé un qui pesait plus de 2 onces. Dans un état de développement aussi avancé, ce n'est plus qu'avec des végétations vénériennes que la maladie pourrait être confondue.

Si, pour le pronostic du cancer cutané de la verge, on n'avait égard qu'aux observations de Hey, il serait à coup sûr des plus favorables, puisque sur neuf malades opérés, il n'y a eu qu'une seule récidive avérée, ce qui n'est pas la proportion dans les cancers du corps de l'organe; mais il faut remarquer que la plupart des malades n'ont pas été revus au bout d'un temps assez long pour qu'on puisse être certain que la maladie n'a pas reparu. D'un autre côté, dans le cas où la récidive a eu lieu, on voit qu'elle a été tout aussi grave que si toute l'épaisseur du membre avait été malade d'emblée (obs. 9, p. 478).

Les malades de Lisfranc ont très-bien guéri d'opérations graves et dans lesquelles la dissection avait été longue et pénible. C'est en 1826 qu'elles ont été faites, et au bout de quinze ans, à l'époque où l'ouvrage a été imprimé, il n'est pas dit qu'il y ait eu récidive.

CANCER CUTANÉ DE LA VULVE.

Le cancer cutané de la vulve n'a rien de plus spécial que celui des autres régions, soit comme évolution, soit comme indications curatives. Je ferai une seule remarque sur ce cancer, c'est qu'on le voit moins qu'on ne pourrait le soupçonner *a priori* chez les femmes qui ont beaucoup usé du coït, et que les malheureuses qui en sont atteintes sont souvent des femmes dont la vie a été très-chaste. Les maladies avec lesquelles on peut le confondre sont les affections syphilitiques primitives ou consécutives; ce que j'ai dit à propos du cancer cutané de la verge me dispense d'y revenir.

Mais la vulve peut être le siége d'une maladie qui est rare dans cette région, que pour mon compte je n'ai jamais observée, et sur laquelle M. Huguier vient de lire tout récemment un mémoire à l'Académie royale de médecine; c'est la *dartre rongeante*, *lupus* ou *esthiomène*.

M. Huguier en admet, avec Biett, plusieurs variétés, et celle qu'il nomme perforante, végétante et hypertrophique œdémateuse lui paraît avoir été prise jusqu'à présent pour des cancers squirrheux. « L'erreur, dit-il, n'est jamais plus facile que quand ces trois espèces sont réunies sur la même personne. » Du reste, c'est, ainsi que nous l'avons vu pour la dartre rongeante des autres régions, dans l'induration plus grande des tubercules cancéreux, dans les ulcérations plus profondes, dans leur

marche plus rapide, dans leur extension aux parties circonvoisines, que M. Huguier trouve les éléments du diagnostic différentiel.

CANCER DU SCROTUM.

Le cancer du scrotum a été décrit par les chirurgiens anglais sous le nom de *cancer des ramoneurs*. Pott en a donné la première description complète; après lui, Earle (*Transactions medico-chir.*, t. 2, p. 12), A. Cooper et Samuel Cooper ont vérifié et complété les assertions de Pott. Il est fort remarquable que cette maladie se montre spécialement sur les ramoneurs de l'Angleterre, et que ceux des autres pays, de la France en particulier, n'y soient pas plus exposés que les autres individus.

Cependant, il ne faudrait pas croire que les ramoneurs fussent seuls atteints du cancer du scrotum; S. Cooper a signalé en effet que des ouvriers exposés par leurs travaux aux émanations arsenicales en étaient souvent affectés.

Cette maladie, enfin, peut se développer indépendamment de la profession et du climat. On la voit quelquefois en France, et, d'après le fait que j'ai observé, d'après celui qui a été vu dans le service de M. Lenoir, et rapporté dans la thèse de M. Mayor, elle aurait une marche et des caractères semblables à ceux que l'on constate en Angleterre chez les ramoneurs.

Le cancer pourrait envahir le scrotum, consécutivement à une altération du testicule, ou bien

se manifester dans cette partie de la peau, en même temps que sur d'autres, par l'effet d'une diathèse; mais nous voulons parler seulement du cancer primitif et isolé, au moins pendant les premiers temps.

Or, ainsi envisagé, le cancer du scrotum est ordinairement constitué par le squirrhe, apparaissant sous forme de bouton ou de tubercule, comme cela a lieu à la face.

Si nous ne décrivions cette maladie que d'après les faits très-rares observés en France, nous n'aurions à noter rien de particulier pour les causes; mais, en ne perdant pas de vue les faits plus fréquents dont sont témoins les chirurgiens anglais, et qui ressemblent aux nôtres, nous devons signaler, comme une des causes de cancer, l'irritation continuelle de la peau mince et plissée de cette région par la suie qui s'y loge et séjourne dans ses sillons. Pott ne signale pas d'autre cause, mais Earle conçoit difficilement que le cancer puisse se montrer exclusivement sous l'influence d'une cause externe, et il pense que le développement du mal est favorisé par une prédisposition semblable à celle que nous avons invoquée précédemment.

Le cancer du scrotum commence le plus souvent par un bouton, une espèce de verrue, à la partie inférieure du scrotum; ce bouton est dur, et ressemble, à part le volume, qui est plus considérable, à ceux de la face. Il est indolent d'abord, puis des démangeaisons s'y font sentir; au bout d'un temps plus ou moins long, mais, en général plus rapidement qu'à la face, ce bouton devient volu-

mineux ; il se fendille, s'excorie, se recouvre de croûtes, et s'ulcère.

Jusque-là, le mal est tout à fait local, et ressemble assez à l'ulcère chancreux de la face ; mais, abandonné à lui-même, il s'aggrave, les ganglions inguinaux deviennent volumineux, l'induration, l'ulcération, gagnent en largeur et en profondeur. Dans le fait dont j'ai été témoin, comme dans celui de M. Lenoir, et dans plusieurs de ceux des chirurgiens anglais, le cancer s'est étendu jusqu'au testicule, et, plus tard, jusqu'aux viscères intérieurs.

Le diagnostic du cancer du scrotum ne peut offrir des difficultés lorsqu'il a pris un grand accroissement, que cette région présente un vaste ulcère, et que le testicule est envahi ; mais à la première période, quand il n'y a qu'un noyau induré avec une ulcération croûteuse, les symptômes sont les mêmes que ceux du chancre induré, et dans plusieurs des faits cités par Pott, un traitement mercuriel avait été donné. Si donc l'aspect du mal et l'obscurité des antécédents laissaient des doutes sur la nature de la maladie, on pourrait s'aider au besoin du traitement antisyphilitique.

Le pronostic est toujours fâcheux ; cependant il paraît assez positif que le mal récidive rarement sur place, et que surtout il ne se développe pas dans les viscères intérieurs, lorsque l'ablation a été faite de bonne heure, c'est-à-dire à l'époque où la peau est seule atteinte. Quand, au contraire, on pratique l'extirpation à l'époque où le mal a gagné

en profondeur, la récidive et la cachexie cancéreuse arrivent plus ordinairement.

L'ablation avec l'instrument tranchant, en prenant soin d'enlever tout le mal et avec lui une partie de la peau saine, est le procédé que les chirurgiens anglais emploient de préférence.

Je terminerai par la relation du fait suivant :

Un homme de trente-quatre ans, domestique, me fut adressé de la province à l'hôpital Cochin, le 29 octobre 1840; il avait vu paraître, plusieurs mois auparavant, un bouton douloureux à la partie inférieure du scrotum. D'après les renseignements donnés par le malade et le confrère qui l'envoyait à Paris, l'induration paraissait avoir occupé primitivement la peau du scrotum, comme dans le cancer des ramoneurs anglais; l'ulcération qui la recouvrait avait d'ailleurs été prise pour un chancre, et l'on avait administré un traitement mercuriel pendant lequel le mal avait paru s'aggraver. Quand cet individu se présenta à moi, l'ulcération était très-large, et l'induration profonde; le testicule était manifestement envahi. Je pratiquai donc l'opération de la castration, et nous pûmes constater en effet une dégénérescence complète du testicule.

La plaie se cicatrisa, et le malade s'en retourna guéri dans son pays; mais, trois mois plus tard, un nouveau bouton, exactement semblable au premier, se manifesta de l'autre côté du scrotum. La maladie suivit exactement la même marche que la première fois, l'autre testicule fut pris; et je pra

tiquai une seconde castration. L'ulcération de la peau s'étendait si loin que j'eus de la peine à conserver assez de tégument pour recouvrir la plaie. Le malade fut guéri.

J'eus l'occasion de le revoir huit mois plus tard; il avait alors un cancer des ganglions inguinaux, le teint jaune-paille, les forces affaiblies, enfin toute l'apparence d'une cachexie cancéreuse; il mourut quelque temps après; son autopsie ne put être faite.

KÉLOÏDE, TUMEURS VERRUQUEUSES OU MALIGNES DES CICATRICES.

La peau devient quelquefois le siége de tumeurs qui ont été rapprochées du cancer. Ces tumeurs sont assez rares; l'anatomie pathologique n'en a pas été complétement faite, la science n'est pas encore fixée sur leur nature. Il était donc nécessaire d'en parler dans ce travail, mais il importait de ne pas les confondre avec les cancers ordinaires; c'est pourquoi j'ai dû les placer à la fin et dans un chapitre spécial.

Kéloïde. — On a décrit sous ce nom une production caractérisée par une induration circonscrite avec hypertrophie de la peau.

La première description de la kéloïde paraît appartenir à Retz, qui la fit connaître dans un livre ayant pour titre : *des Maladies de la peau et de celles de l'esprit,* 1790; seulement il la désigna sous le nom assez étrange de *dartre de graisse*. Vingt ans

plus tard, dans son *Précis théorique et pratique des maladies de la peau,* Alibert la décrivit d'une manière plus complète ; il l'avait appelée d'abord *cancroïde,* puis il lui donna le nom de *kéloïde,* qui est resté. Parmi les auteurs plus modernes, M. Rayer est un de ceux qui ont décrit avec le plus de précision cette singulière maladie.

On admet généralement que la kéloïde est plus commune chez les femmes que chez les hommes ; pourtant M. Rayer, qui en avait observé cinq cas en 1835, l'avait alors rencontrée quatre fois chez l'homme et une seule fois chez la femme. J'ai pour ma part observé cinq faits qui me paraissent bien être des exemples de kéloïdes, une sur un homme, quatre chez des femmes. Je rapporterai plus loin le premier de ces faits.

La kéloïde s'est montrée de préférence jusqu'ici sur de jeunes sujets.

L'hérédité paraît avoir quelque influence sur son développement; c'est ce qui résulte au moins de deux faits cités, l'un par Alibert, l'autre par M. Rayer.

Cette maladie se montre particulièrement sur le cou, les épaules, la fesse, les bras ; mais on cite la peau de la partie antérieure du sternum comme étant son siége de prédilection ; nous verrons plus loin qu'elle peut se développer dans les cicatrices ; il n'est ici question que de la kéloïde spontanée.

Il n'y a ordinairement qu'une seule kéloïde sur le même individu; cependant il peut s'en développer plusieurs à la fois. Biett, cité par M. Cazenave

(*Dict. de médecine*), en a vu huit sur une jeune demoiselle.

Au début, la kéloïde est caractérisée par une petite tumeur cutanée, dure, résistante à la pression, présentant une coloration rosée qui est due à une augmentation du réseau vasculaire superficiel. Ces petites tumeurs ovoïdes ou allongées sont luisantes et présentent des rides transversales; le plus souvent indolentes, elles sont dans quelques cas le siége de picotements et d'un prurit incommode.

Peu à peu l'excroissance augmente; elle s'étend dans le sens de sa longueur et prend une forme qui l'a fait comparer par Retz à un doigt ou à la pâte italienne appelée macaroni (*kéloïde cylindracée* d'Alibert). D'autres fois elle se développe dans tous les sens et forme alors une plaque irrégulière tantôt ovale, tantôt quadrilatère (*kéloïde ovalaire*). Il n'est pas rare de voir se détacher de sa circonférence des prolongements cylindriques qui se projettent comme autant de racines dans diverses directions et à une certaine distance du point d'origine. Ces prolongements ont été comparés aux pattes d'un crâbe.

Quoiqu'il en soit de ces différences de forme, la kéloïde, complétement développée, représente une plaque rosée que la pression fait pâlir, lisse quoiqu'un peu ridée à sa surface, dure, élastique, et donnant à la main une sensation semblable à celle que donne le squirrhe. La tumeur ne fait pas une saillie de plus de 3 à 4 millimètres; il y a cependant des variétés à cet égard; Retz, par exem-

ple, cite de ces tumeurs qui avaient la grosseur d'un abricot.

Dans la plupart des observations que nous connaissons, l'altération occupait une surface de 5 à 6 centimètres d'étendue; cependant, elle peut prendre plus d'extension, comme le témoigne ce passage de la description de Retz : « Ou bien cette même matière comprend de grands espaces sous la peau, et y paraît sous la forme de loupes plates et étendues fort élevées, de la grandeur d'une ou de deux mains; ces plaques de loupes sont singulièrement entrelacées par des filons de la même matière de différentes grosseurs, qui ressemblent à de grosses cicatrices et forment plusieurs plis et replis, comme s'il y avait plusieurs cicatrices les unes sur les autres, ou les unes auprès des autres. »

Du reste, la kéloïde s'accroît ordinairement avec une extrême lenteur; elle semble même quelquefois rester stationnaire pendant de longues années.

Les ganglions lymphatiques ne s'engorgent pas, et la santé générale n'éprouve aucun trouble; les malades ne se plaignent que de démangeaisons ou de tiraillements devenant plus sensibles sous l'influence des variations atmosphériques, ou même, comme le signale M. Cazenave, pendant le travail de la digestion et aux époques menstruelles.

Abandonnée à elle-même, la kéloïde peut rester stationnaire, comme nous l'avons déjà dit, ou bien elle fait continuellement des progrès lents et insensibles; mais il est important de noter qu'elle n'ar-

rive pas à l'ulcération, comme font les tumeurs cancéreuses. Un autre point digne de remarque et signalé par M. Cazenave, c'est qu'on a vu quelquefois la tumeur s'affaisser, disparaître d'une manière insensible, et se transformer en un tissu semblable à une cicatrice blanche légèrement ridée.

A part cette circonstance rare et exceptionnelle, la kéloïde a ceci de fâcheux qu'elle résiste habituellement à tous les traitements, et qu'elle se reproduit après l'ablation avec une extrême facilité.

Quelle doit donc être la conduite du chirurgien en présence d'une maladie semblable? Tant que la tumeur n'est pas volumineuse, on peut l'abandonner à elle-même; mais si elle prend de l'accroissement, si les démangeaisons deviennent trop incommodes, si la difformité est trop grande, je pense qu'on peut avoir recours à l'ablation avec l'instrument tranchant. Sans doute, il y a de grandes chances pour que la repullulation ait lieu; mais enfin les observations de ce genre ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse regarder la récidive comme une loi invariable, et d'ailleurs le malade se trouve toujours débarrassé pour un certain temps. Je ne me décide au reste en faveur de l'opération qu'à cause de sa simplicité et du petit nombre d'accidents à redouter après elle.

Je place ici l'un des faits qu'il m'a été donné d'observer.

OBSERVATION.

Une jeune dame, femme d'un médecin de province, habituellement bien portante, avait vu se développer, sur le moignon de l'épaule gauche et dans l'épaisseur de la peau, une tumeur ovalaire, dure, et que la malade compare à celle qui existe aujourd'hui ; cette tumeur devint le siége de douleurs et d'élancements, pendant les variations de température. L'ablation en fut faite, avec soin, par les chirurgiens de la ville qu'elle habite ; les bords de la plaie furent réunis à l'aide de la suture entortillée ; de l'inflammation se manifesta, et ce fut à ce pansement que la malade attribua le retour de son mal. En effet, au bout de quelques mois la tumeur reparut progressivement semblable à la première, à cette différence près que chacun des trous formés par les épingles avait donné naissance à autant de prolongements de peau altérée, qui semblaient former des pieds à la tumeur, de sorte que le mal avait récidivé un peu plus grand que la première fois. C'est dans cet état que cette dame vint à Paris, il y a dix-huit mois.

La tumeur située sur le moignon de l'épaule gauche, au-dessus de l'acromion, avait une forme ovalaire dans la direction de l'axe du bras, ayant 6 centimètres environ sur 4, et faisant un relief au-dessus du niveau de la peau, de 4 à 5 millimètres ; sa surface était lisse, luisante et parcourue par des vaisseaux nombreux et déliés, dont la couleur con-

trastait avec le fond blanc mat de la tumeur. Cette jeune dame était vivement préoccupée et par la récidive de la tumeur, et par les douleurs fréquentes dont elle était le siége.

Bien convaincue qu'elle ne pouvait guérir que par une opération, elle la désirait vivement.

Après avoir pris l'avis de plusieurs chirurgiens, l'opération fut décidée, et je fus choisi pour l'exécuter. Averti par le premier insuccès et par ce qui m'était arrivé à moi-même, dans un cas analogue, où j'avais vu aussi la maladie récidiver après l'opération, j'enlevai largement toute la portion de peau malade, en empiétant sur la peau saine. Cette tumeur enlevée était dure, élastique; son tissu était blanc, lardacé, on ne saurait le comparer qu'à du squirrhe. Je ne cherchai point à rapprocher la peau; la plaie fut pansée à plat avec un linge percé de trous, enduit de cérat, recouvert de charpie. La cicatrisation fut longue à s'opérer; après deux mois, elle fut achevée, et la kéloïde ne reparut plus. J'ai souvent des nouvelles de cette dame, il n'y a pas eu de retour de la maladie.

Je puis maintenant résumer l'histoire de la kéloïde, en montrant comment elle se rapproche et comment elle diffère des affections cancéreuses; elle s'en rapproche par sa consistance, sa dureté et sa structure à l'œil nu. En effet, la coupe d'une tumeur kéloïde fait voir un tissu blanc, lardacé, vasculaire à sa surface, qu'on ne peut pas comparer à autre chose qu'au squirrhe. L'étude microscopique

a été faite une seule fois, à ma connaissance, par M. Lebert, qui m'en a communiqué les résultats. Cet auteur n'a point trouvé les cellules cancéreuses, mais seulement les caractères du tissu qu'il appelle fibro-plastique ; je ne puis rien conclure de cet examen, et je me suis expliqué plus haut sur les raisons pour lesquelles, dans l'état actuel de nos connaissances, l'inspection microscopique ne permettait pas de faire des classifications anatomo-pathologiques ; enfin, la kéloïde se rapproche encore du cancer par sa tendance à récidiver.

D'un autre côté, cette production diffère du cancer par l'absence d'ulcération, le défaut d'envahissement des parties plus profondes, des ganglions et des viscères intérieurs ; la kéloïde, en un mot, est toute locale, et ne se généralise pas comme le cancer.

D'après l'idée que nous nous faisons des affections cancéreuses, il semble donc que la kéloïde soit une sorte d'intermédiaire entre les productions bénignes et les productions malignes, et que son histoire appartienne tout à la fois à la description des unes et des autres.

Cancer des cicatrices. — Le tissu tégumentaire accidentel formé par les cicatrices peut devenir le siége de tumeurs squirrheuses et d'encéphaloïdes semblables à celles que nous avons indiquées pour le tégument normal ; ces tumeurs alors suivent la même marche, donnent lieu aux mêmes symptômes et accidents que le cancer de la peau. C'est ce que l'on voit assez souvent sur les cicatrices consécu-

tives à l'ablation de tumeurs cancéreuses; c'est ce que l'on peut voir aussi sur les cicatrices consécutives à toutes les solutions de continuité.

Mais, outre cela, les cicatrices sont quelquefois envahies par une production de laquelle nous pouvons dire, comme de la kéloïde, qu'elle se rapproche et diffère en même temps du cancer.

Cette production paraît avoir été signalée pour la première fois par Hawkins sous le nom de *tumeurs verruqueuses* des cicatrices. Le premier ouvrage français où il en soit fait mention est le *Compendium de chirurgie pratique,* de MM. A. Bérard et Denonvilliers (2e liv.). J'en prends la description dans ces auteurs.

« Sur la cicatrice apparaît d'abord une petite verrue sèche, revêtue d'un épiderme mince, mais qui bientôt devient humide, se couvre d'ulcérations partielles et sécrète un liquide âcre semi-purulent. Jusque-là, il n'y a ni douleur, ni incommodité.

« Dans une seconde période, l'accroissement de la tumeur devient plus rapide, l'aspect verruqueux s'est un peu effacé; de la peau s'élève une substance plus solide, qui ressemble davantage au fungus hématode, et tout autour de la tumeur continuent à bourgeonner de nouvelles verrues. La tumeur est très-vasculaire et saigne quand on la touche.

« Enfin, à une troisième période, la tumeur verruqueuse s'ulcère et se gangrène avec accompagnement de vives douleurs, et se détruit du côté de sa base de manière à offrir l'aspect d'un ulcère sordide, creusé dans son centre, tandis qu'à sa

circonférence la peau est élevée, épaissie, renversée. De temps en temps, surgissent de nouvelles végétations qui passent à leur tour à l'ulcération et à la gangrène; le malade s'épuise peu à peu par la souffrance. A l'autopsie, on ne trouve pas d'engorgements ganglionnaires.

« Après avoir cité plusieurs faits à l'appui de cette description, M. Hawkins insiste sur la nécessité et l'efficacité de l'ablation de la peau qui supporte l'altération, au moyen du bistouri; l'extirpation une fois faite, le chirurgien et le malade peuvent se reposer tous deux dans l'assurance que la maladie n'est pas maligne, dans l'acception ordinaire de ce mot, et ne se reproduit, après l'ablation, ni dans la plaie même, ni dans d'autres parties éloignées. »

J'ai cru qu'il était nécessaire de citer textuellement le passage de MM. A. Bérard et Denonvilliers; car il s'agit là d'une maladie assez rare, au moins en France, et dont je n'ai eu pour ma part aucun exemple; en lisant cette description d'ailleurs, on est frappé des analogies de la maladie appelée *verruqueuse* avec le cancer précédemment décrit; on y remarque surtout, par opposition à la kéloïde, l'ulcération. Mais, d'un autre côté, il fallait bien faire ressortir l'assurance avec laquelle M. Hawkins prononce que la tumeur verruqueuse ne récidive pas, même sur place. C'est là une grande différence qui pour moi séparerait cette maladie du cancer, et un motif qui m'empêcherait de la rapprocher, avec les auteurs du *Compendium*, des ulcères chan-

creux de la face; nous avons dit, en effet, combien la récidive de ces derniers était fréquente. Je crois, au reste, que pour faire définitivement une classe à part des tumeurs verruqueuses, il faudrait pouvoir s'appuyer sur des observations plus nombreuses que celles que nous connaissons aujourd'hui.

Mais si le tissu de cicatrice peut donner naissance à des végétations qui s'ulcèrent et dont la nature est encore douteuse, disons maintenant qu'il devient quelquefois aussi le siége d'une autre production, très-dure, à marche lente, qui ne tend pas vers l'ulcération, et qui récidive facilement après l'ablation; d'une production enfin qui a tous les caractères assignés précédemment à la kéloïde. Je vois bien que certains dermatologistes, M. Cazenave entre autres (loc. cit.), ont donné comme l'un des attributs de la kéloïde son développement sur la peau naturelle, et qu'ils ont cherché à la distinguer des tumeurs des cicatrices; mais les signes distinctifs indiqués par cet auteur sont réellement insuffisants, et quand on lit certaines observations de tumeurs développées sur des cicatrices, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître tous les signes de la kéloïde.

Parmi ces observations, j'en possède une qui a été recueillie à la Charité par M. Blot, interne des hôpitaux, dans le service de M. Velpeau en 1845. Il s'agit d'une fille qui, deux ans après une brûlure étendue du dos de la main, vit se développer sur la cicatrice très-large de cette brûlure une tumeur très-consistante, rosée, inégale, du volume d'un

petit œuf de poule. M. Velpeau appliqua le caustique formé d'acide sulfurique et de safran ; la tumeur fut détruite, et ne tarda pas à repulluler.

C'est encore aux kéloïdes que me paraissent appartenir les tumeurs du malade présenté à l'Académie de médecine en 1842 et 1843 par M. Gimelle. Il est question, cette fois, d'un militaire qui avait reçu en Afrique un grand nombre de blessures faites à coups de yatagan. Chacune des cicatrices devint le siége d'une masse dure et rougeâtre sur la nature de laquelle les membres de l'Académie restèrent en désaccord. M. Gimelle pratiqua l'extirpation de ces tumeurs; un an après, elles s'étaient toutes reproduites avec la même forme et le même volume.

Je suis donc porté à penser avec M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*) que le tissu des cicatrices peut devenir le siége de la kéloïde, et j'admets avec M. Velpeau (*Gazette des hôpitaux*, 1845) que cette maladie, sous le rapport de son siége, est de deux espèces : la kéloïde spontanée ou cutanée, la kéloïde cicatricielle.

Dès lors, et pour nous résumer sur ce dernier point, les cicatrices peuvent devenir le siége de cancer ordinaire, de tumeurs verruqueuses dont l'étude n'est pas suffisamment faite, et enfin de tumeurs kéloïdes, participant du cancer sous quelques rapports, mais en différant par plusieurs points essentiels.

N.G.

Sebin sculp.t

EXPLICATION DES PLANCHES.

Un millimètre carré en noir est représenté à gauche et en tête de chaque planche; les objets dessinés sont des fractions de ce millimètre.

PLANCHE I.

Les huit premières figures ont été empruntées à l'ouvrage intitulé *Physiologie pathologique*, par H. Lebert.

Figure 1. Globules du sang (Lebert, pl. I, *fig.* 15).
Figure 2. Globules du pus (id., id., *fig.* 7).
Figure 3. Globules de graisse (id., pl. II, *fig.* 4).
Figure 4. Cellules d'épiderme (id., pl. III, *fig.* 1).
Figure 5. *a. b.* Cristaux que l'on rencontre dans beaucoup de produits morbides (id., pl. II, *fig.* 5 et 6).
Figure 6. Tissu fibreux provenant d'un ulcère de la lèvre (id., pl. 10, *fig.* 10).
Figure 7. Corps fusiformes avec ou sans noyaux (id. pl. IV, *fig.* 1).
Figure 8. Cellules de différentes formes provenant de parties malades.

a. Globule fibro-plastique (id., pl. IV, *fig.* 1).
b. Globule fibro-plastique (id., pl. V, *fig.* 8, *b*).
c. d. Globules d'une tumeur cartilagineuse développée entre deux lobes pulmonaires (id., pl. XVII, *fig.* 3, *b*, *e*).
e. f. Globules ou cellules de cancer (id., pl. XVIII, *fig.* 1, A, B).
g. Globules ou cellules de cancer (id., id., *fig.* 3, *b*, *c*).
h. Globules ou cellules de cancer (id., id., *fig.* 11, *f*).
i. Globules ou cellules de cancer (id., id., *fig.* 9).
k. Globules ou cellules de cancer (id., id., *fig.* 12, *a*).